

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

**A OPÇÃO DA MULHER NA POSIÇÃO DO PARTO: A
DECISÃO PARTILHADA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE
PARTO POSITIVA**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Sandra Sofia Fernandes Brandão

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**A OPÇÃO DA MULHER NA POSIÇÃO DO PARTO: A
DECISÃO PARTILHADA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE
PARTO POSITIVA**

THE WOMEN'S BIRTH POSITION OPTION: A SHARED
DECISION TO A POSITIVE BIRTH EXPERIENCE

Relatório de estágio profissional de natureza
profissional, orientado pela Professora Maria Vitória
Barros de Castro Parreira

Sandra Sofia Fernandes Brandão

Porto | 2020

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório determina o culminar da etapa mais desafiante e transformadora que já vivenciei. Afirmo com toda a certeza que não sou a mesma pessoa que quando iniciei este caminho, dado o crescimento pessoal e profissional que experienciei. Um simples “Obrigada” nunca será suficiente para expressar a gratidão perante todos os que me apoiaram durante esta etapa.

À Professora Vitória Parreira, a minha orientadora, agradeço profundamente toda a disponibilidade, incentivo e carinho que demonstrou. A exigência e partilha de conhecimento aliadas ao acompanhamento contínuo e suporte incondicional foram essenciais para o meu desenvolvimento e sucesso nesta etapa.

À Professora Marinha Carneiro e à Professora Alexandrina Cardoso pela partilha de saberes e incentivo ao longo destes dois anos.

A todos os professores que me acompanharam durante o Curso de Mestrado, pelo impacto positivo que tiveram no meu crescimento.

À Enfermeira Paula Miller pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstrou.

Às minhas tutoras, Enfermeira Jacqueline, Enfermeira Madalena e Enfermeira Fátima, pelo apoio incondicional, partilha de conhecimentos e pela motivação e empoderamento que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Sem o vosso profissionalismo, competência, compreensão e incentivo este percurso não seria possível.

À equipa de profissionais do serviço de cuidados especiais, do núcleo de partos e do puerpério pela disponibilidade demonstrada. Um obrigada especial à minha equipa de enfermagem do núcleo de partos que me acolheu como uma delas e contribuiu para ampliar o enriquecimento de experiências e conhecimentos nesta área clínica e científica.

Às minhas colegas de curso que comigo partilharam este percurso e nunca me deixaram desanimar, demonstrando-me que quando se caminha em conjunto se chega mais longe.

À minha família e amigos pelos fins de semana, jantares e aniversários em que não estive presente e nunca foram perdidos, mas sim investidos na concretização deste sonho que vocês sempre apoiaram.

Ao André, a minha maior fonte de apoio, aquele que nunca me deixou desistir e me incentivou sempre a continuar e a enfrentar todas as adversidades.

Por último, mas não menos importante, expresso um agradecimento profundo a todas as mães, pais e famílias que me permitiram experienciar os cuidados especializados, por todo o carinho e confiança que demonstraram e por tudo o que me ensinaram ao longo deste percurso.

RESUMO

A elaboração do presente relatório reflete a aquisição e o desenvolvimento de competências durante o estágio de natureza profissional, no que se refere ao cuidar da mulher, casal recém-nascido e família. O suporte ao seu desenvolvimento era o regulamento do 2º Ciclo da Escola Superior de Enfermagem do Porto, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o regulamento das competências específicas da Ordem dos Enfermeiros. O referencial teórico na conceção dos cuidados era sobretudo a teoria das transições de Afaf Meleis, apoiado pelas ciências sociais e ciências biomédicas.

Neste contexto, abordamos o planeamento de cuidados elaborado no decorrer da gravidez, trabalho de parto e parto e pós-parto que reflete uma ação individualizada e culturalmente competente. A promoção de uma transição para a parentalidade saudável e de uma experiência de gravidez, parto e puerpério positiva era apoiada pela constante investigação como suporte à melhoria das práticas.

Uma das problemáticas que nos suscitou mais interesse era a tomada de decisão relativa à posição da parturiente, durante o trabalho de parto e parto. A constatação da existência de uma dicotomia entre a observação, no contexto da prática, e as recomendações da literatura motivou-nos a realizar uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo visava compreender como se processa a decisão relativa à posição da parturiente, no segundo estágio do trabalho de parto e parto. A pesquisa era efetuada em três bases de dados *CINAHL COMPLETE*, *MEDLINE* e *The Cochrane Library* e inclui artigos publicados entre 2013 e 2020, redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, com texto integral disponível e que respondessem à questão de investigação: que tipo de fatores são considerados pela mulher e pelo Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica, para a decisão da posição da mulher no segundo estágio do trabalho de parto e parto?

Da análise dos seis estudos, que integram a revisão integrativa da literatura, concluímos que quatro evidenciam a importância da tomada de decisão partilhada. Adicionalmente, compreendemos que a parturiente e o enfermeiro especialista se influenciam mutuamente neste processo, pela partilha mútua de informação, e pela capacitação da parturiente ao partilharem a informação considerada adequada e isenta de juízos de valor. A sensibilização e o treino do enfermeiro especialista emergem como fatores que têm implicações para a prática, com grande potencial para que a tomada de decisão partilhada possa resultar na vivência de uma experiência de parto positiva.

Após reflexão sobre este percurso formativo, do estágio profissional, concluímos que os objetivos propostos foram atingidos, bem como as competências necessárias definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; trabalho de parto; posição no parto; tomada de decisão; experiência positiva

ABSTRACT

This internship report reflects the midwifery skills' acquisition and development regarding the care of the women, newborn and family. Its development was supported by the regulation of the Midwifery Master' of the Escola Superior de Enfermagem do Porto and the guidelines of the Specialized Care Skills Regulation presented by the Portuguese Council of Nursing. The theoretical framework in the conception of care was mainly Afaf Meleis' transitions theory, supported by social sciences and biomedical sciences.

In this context, we address the care planning developed during pregnancy, labor and delivery and postpartum that reflects an individualized and culturally sensitive action. The promotion of a healthy transition to parenting and a positive pregnancy, childbirth and postpartum experience was supported by constant research and improvement of practices.

One of the themes that aroused our most interest was the decision-making process regarding the women' position at the time of delivery. Due to the dichotomy perceived between our observation, in the context of practice, and the recommendations found in the literature we felt motivated to carry out an integrative literature review whose objective was to understand how the decision regarding the women's position in the second stage is processed. The research was carried out in three databases: CINAHL COMPLETE, MEDLINE and The Cochrane Library, and includes articles published between 2013 and 2020, written in Portuguese, English or Spanish, with full text available and that answered the research question: what kind of factors are considered by the woman and the midwife, to decide the position of the woman in the second stage of labor and delivery?

Of the six studies identified during this integrative literature review, we concluded that four articles show the importance of shared decision-making. Additionally, we understand that the women and the midwife influence each other in this process, through the mutual information sharing, and through the training of the women by sharing the information considered adequate and free from value judgments. Midwives' awareness and training emerges as factors that have implications for the practice, with great potential for shared decision-making to result in a positive birth experience.

After reflecting on this training path, we concluded that the proposed objectives were achieved, as well as the necessary skills defined by the Portuguese Council of Nursing.

Keywords: midwife; labor stage, second; birth position; decision making; positive experience

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CMIN - Centro Materno Infantil do Norte

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EV - Via Endovenosa

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

IM - Via Intramuscular

LA - Líquido Amniótico

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mg - Miligramas

mmHg - Milímetros de Mercúrio

NICE - National Institute of Health and Care Excellence

OMS - Organização Mundial De Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PCEA - Patient-Controlled Epidural Analgesia

PIG - Pequeno para a Idade Gestacional

PO - Via Oral

PPT - Parto Pré-Termo

RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RN - Recém-Nascido

RPM - Rotura Prematura de Membranas

SC - Via Subcutânea

TA - Tensão Arterial

TP - Trabalho de Parto

TPPT - Trabalho de Parto Pré-Termo

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
1. REALIDADES E PERSPETIVAS DO CUIDADO EM TORNO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES	17
2. O CUIDADO AO CASAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUM PROJETO DE GRAVIDEZ COMPROMETIDO	19
3. APOIAR O CASAL NO CULMINAR DOS MOMENTOS MAIS DESEJADOS: O TRABALHO DE PARTO E PARTO	41
3.1. Revisão integrativa da literatura: a opção da mulher na posição do parto: a decisão partilhada para uma experiência de parto positiva	68
3.1.1. Introdução à problemática	69
3.1.2. Metodologia	71
3.1.3. Apresentação e análise dos resultados	73
3.1.4. Conclusão	86
4. APOIAR A MULHER E O CASAL NA TRANSIÇÃO: RECONTEXTUALIZAR A TEORIA NA PRÁTICA, PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS	89
CONCLUSÃO	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria de médio alcance das transições (adaptado de Cardoso, 2011 e Meleis, 2010)	18
Figura 2 - Número de grávidas por diagnóstico de admissão	39
Figura 3 - Relação de grávidas cuidadas ao longo do estágio	40
Figura 4 - Relação de partos realizados e assistidos	66
Figura 5 - Seleção de artigos	74
Figura 6 - Puérperas cuidadas em relação ao fator de risco acrescido	94
Figura 7 - RN cuidados em relação ao fator de risco acrescido	95

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo das vantagens, desvantagens e fármacos mais utilizados nos diferentes métodos analgésicos (adaptado de Guerra, 2016).	51
Quadro 2 - Formulação da questão de investigação	72
Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão	73
Quadro 4 - Categorização dos estudos através de um instrumento de recolha de dados ...	82

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) desenvolvemos o presente relatório de estágio de natureza profissional. Este documento pretende refletir o processo de aprendizagem efetuado entre setembro de 2018 e julho de 2019, em três serviços do Centro Materno Infantil do Norte (CMIN), o serviço de Cuidados Especiais, o Núcleo de Partos e o Puerpério.

Neste contexto, a aquisição de competências, no âmbito da avaliação, diagnóstico e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) era norteada pela Prática Baseada na Evidência (PBE), pelas competências específicas preconizadas pelo regulamento das competências específicas do EESMO, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diário da República (Portugal, 2011). Problematicamos e descrevemos, assim, a nossa prática no âmbito da gravidez, Trabalho de Parto (TP) e parto e pós-parto.

Os objetivos da realização deste relatório visam: demonstrar como decorreu o processo de aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à mulher, recém-nascido (RN) e família nas áreas da gravidez, TP e parto e pós-parto; descrever os processos de enfermagem fundamentando criticamente as atividades diagnósticas, os dados, o diagnóstico, os objetivos, as intervenções e as atividades de avaliação; apresentar as práticas promotoras da individualidade de cada família, considerando a sua cultura e crenças individuais; refletir sobre as práticas realizadas no contexto de estágio, através da sua fundamentação com base no conhecimento científico atual; demonstrar competências no domínio da investigação científica, problematizar as práticas e promover uma PBE.

A mulher e o casal num projeto de maternidade são afetados por múltiplas mudanças a que Afaf Meleis designa de Transições. A existência de transições é inerente à vivência humana e, apesar de poderem diferir em vários aspetos, apresentam uma estrutura semelhante que, quando conhecida pelo enfermeiro, pode ser usada para facilitar a adaptação à nova realidade. Por esta razão, procuramos que o eixo estruturante do nosso pensamento e ação fosse centrado na teoria de Meleis (2010).

Nesta linha de pensamento, para compreender a pessoa e a sua transição, era importante que, como enfermeira, reconheçêssemos as propriedades da transição, os fatores inibidores ou facilitadores da mesma, bem como os indicadores de processo e de resultado. A identificação e aplicabilidade dos mesmos é descrita na sua essência como suporte das

nossas práticas, ao longo do nosso trajeto formativo, nas três áreas de cuidados especializados, nos serviços onde desenvolvemos e adquirimos as competências.

No decorrer do percurso formativo e decorrente da busca constante pela melhor evidência científica, identificamos a necessidade de compreender como se processa a decisão relativa à posição da parturiente no segundo estágio do TP e parto. Neste estágio, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018b) recomenda a liberdade da mulher na escolha da ou das posições da sua preferência, incluindo as posições verticais. Contudo, durante o módulo relativo ao TP e parto observamos que as parturientes adotavam sempre a posição de litotomia, situação essa que nos impulsionou a investigar a temática, numa dupla perspectiva, da parturiente e do EESMO. Para tal, a opção metodológica foi a revisão integrativa da literatura que se apresenta no sub-capítulo 3.1 e integra o capítulo relativo ao TP e parto.

Com o intuito de darmos resposta aos objetivos definidos e promover uma leitura e interpretação claras, o relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo abordamos o referencial teórico da teoria das transições de Afaf Meleis, que, como referido, norteou a nossa prática e a elaboração deste relatório. Nos três capítulos seguintes apresentamos, discutimos e problematizamos a nossa prática no contexto da gravidez com complicações, TP e parto, autocuidado e pós-parto, incluindo a análise crítico-reflexiva do percurso realizado em cada um dos módulos.

Conforme referido, a problematização das práticas com base na melhor evidência científica encontrada era uma constante. Para tal, recorremos à pesquisa por palavras-chave e/ou frases booleanas no agregador de bases de dados *EBSCO host*. Paralelamente, pesquisamos literatura cinzenta que não se encontrava indexada nas bases de dados, mas contribui significativamente para o conhecimento mais atualizado sobre determinada temática. O uso de *guidelines* internacionais ou nacionais, de revisões sistemáticas da literatura e de estudos randomizados controlados foi também privilegiado.

Por fim, apresentamos as conclusões e sugestões, com base na experiência vivenciada e fundamentada na literatura científica. Esperamos que a partilha e difusão do conhecimento possa contribuir para que o EESMO promova o bem-estar e a satisfação da mulher/casal e família, na vivência de um fenómeno inesquecível, que redunde numa experiência significativa e positiva.

1. REALIDADES E PERSPETIVAS DO CUIDADO EM TORNO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES

O decorrer deste percurso foi pautado por diversos marcos. O conhecimento que suportou cada ação, a par da comunicação verbal e não-verbal, com profissionais de saúde e, principalmente, com as grávidas, parturientes, puérperas e a sua família foram dois dos pilares deste trajeto. Aos anteriores, associamos a competência técnica para executar os mais diversos procedimentos. Poderíamos referir mais fatores essenciais ao sucesso deste percurso, contudo, importa abordar o que os une a todos, o que constituiu a base de todo este caminho, a teoria das transições de Afaf Meleis.

A teoria das transições é uma teoria de médio alcance desenvolvida por Afaf Meleis que tem vindo a destacar-se no desenvolvimento do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem (Cardoso, 2014). A enfermagem é uma ciência que se foca na saúde e no potencial de saúde individual e coletivo, ajudando as pessoas a lidar com os eventos da sua vida, sejam eles o nascimento de um filho ou a menopausa, por exemplo. As alterações na vida são momentos de maior vulnerabilidade que poderão afetar negativamente as pessoas. O estudo dessas alterações, de como elas afetam a saúde e de que forma o enfermeiro pode ser um facilitador do processo constitui a teoria das transições (Meleis, 2010).

Uma transição pode ser definida como um processo de mudança e, segundo Meleis (2010), as transições são o resultado de e resultam em mudanças nas pessoas, sendo responsáveis pela reorientação e redefinição da forma de ser e estar. Segundo esta teoria, podem ser identificados quatro tipos de transições na prática da enfermagem: desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Contudo, dada a complexidade humana e das suas relações, a mesma pessoa pode vivenciar várias transições em simultâneo e importa ao enfermeiro identificar os padrões das transições, reconhecendo-as e à forma como elas se interrelacionam. Ao estudar a vivência de diferentes transições, a autora da teoria identificou algumas propriedades comuns, que se relacionam entre si, e define-as como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o tempo de transição e os eventos críticos. De forma a compreender a pessoa e a sua transição, é importante que o enfermeiro reconheça os fatores inibidores ou facilitadores da mesma, que podem ser do foro pessoal (significados, crenças, nível socioeconómico e preparação e conhecimento), do foro social e/ou comunitário. Por último, no decorrer de uma transição saudável é possível identificar indicadores de processo (sentir-se ligado, interagir, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e adaptar-se) e de resultado (mestria e integração fluida da identidade). De forma a apoiar a pessoa durante a sua transição, o enfermeiro implementa

intervenções de enfermagem adequadas à pessoa e ao contexto. A conceptualização da teoria das transições, agora descrita, encontra-se resumida na Figura 1 (Cardoso, 2014; Meleis, 2010).

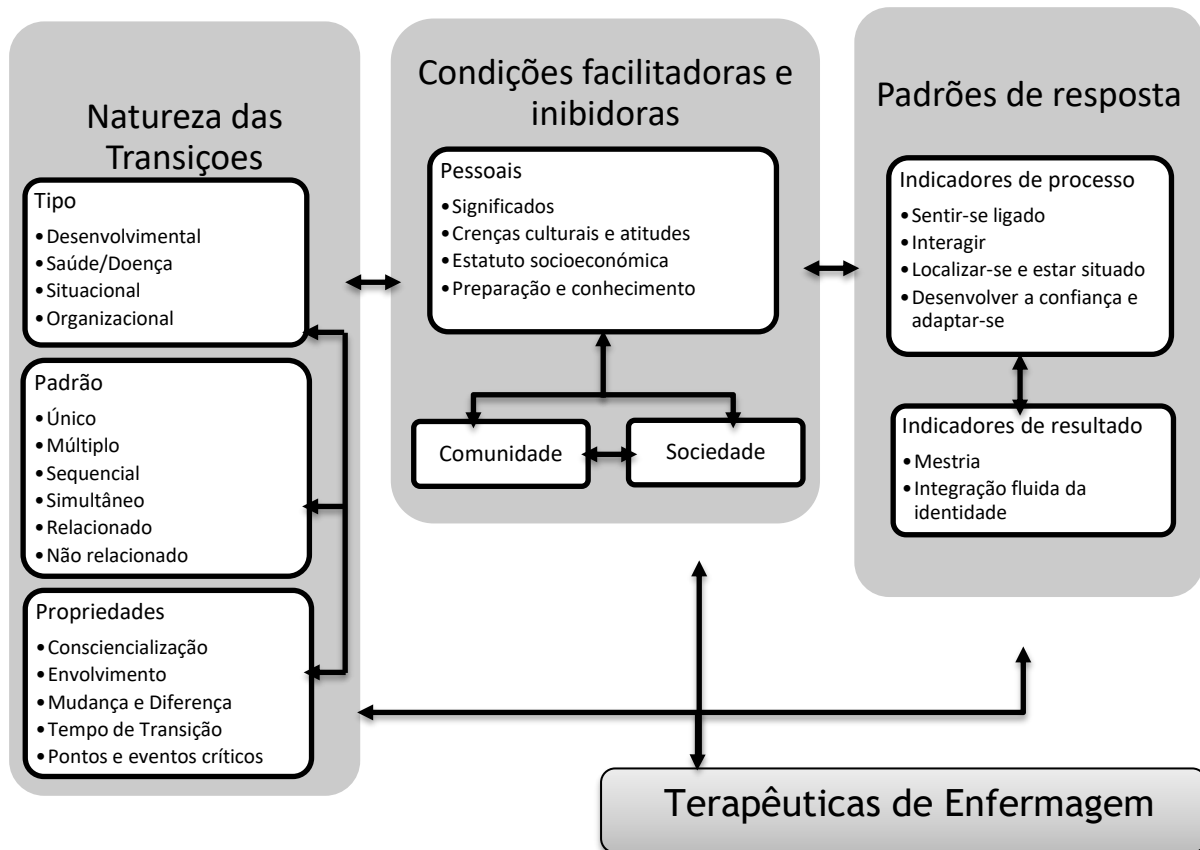


Figura 1 - Teoria de médio alcance das transições (adaptado de Cardoso, 2011 e Meleis, 2010)

Segundo Meleis (2010), a transição vivida pelos pais durante o processo de tornar-se mãe e tornar-se pai é do tipo desenvolvimental pois faz parte de um marco esperado do ciclo vital. Esta transição tem início com o primeiro filho e vai evoluindo à medida que o filho cresce e novos desafios surgem. A personalidade dos pais vai sendo moldada através da interação com o filho. Quando estes conseguem atingir os seus objetivos parentais surgem sentimentos positivos e de satisfação, caso contrário, os pais sentem-se frustrados e deprimidos. Assim, tornar-se pai ou mãe vai implicar uma rutura com o conhecido e o estabelecer de uma nova identidade, o que contribui para o desenvolvimento psicossocial do homem ou mulher (Cardoso, 2014; Meleis, 2010).

Desta forma, compreendemos a relevância da teoria das transições na prática da enfermagem e o que motivou a sua escolha como modelo norteador dos cuidados. Ao longo dos diferentes módulos tentamos apoiar o casal naquela que, provavelmente, é uma das maiores transições que encontram nas suas vidas, a transição para a parentalidade.

2. O CUIDADO AO CASAL NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE NUM PROJETO DE GRAVIDEZ COMPROMETIDO

Atualmente, o projeto da parentalidade é vivido de forma intensa e é planeado pela maioria dos casais. A gravidez é considerada um ‘estado de graça’ e é encarada como um momento na vida da mulher que exige alguns cuidados, mas que está longe de ser sinónimo de doença. Contudo, nem sempre os acontecimentos decorrem conforme previsto e, por vezes, surgem complicações na gravidez que obrigam a grávida a ficar internada no hospital.

Desta forma, desenvolvemos durante este módulo a competência específica do EESMO “H2. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*” (Portugal, 2011, p. 8663), cujo descritivo é “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*” (Portugal, 2011, p. 8663).

No serviço onde este módulo se realizou, denominado Cuidados Especiais, a grávida era admitida, por norma, proveniente do serviço de urgência, após avaliação médica. Depois da sua chegada ao serviço de internamento, iniciávamos o acolhimento da grávida ou do casal. Esta atividade começava com a nossa apresentação como enfermeira e estudante do Curso de MESMO e, de uma forma empática, informávamos que, durante esse turno, estaríamos disponíveis para os ajudar e orientar. Após alguns momentos de interação, explicávamos a estrutura orgânico funcional, a missão e a filosofia de cuidados, nomeadamente os direitos e deveres perante a sua situação de cliente. Para completar a informação, fornecíamos um folheto existente no serviço com a finalidade de apoiar o acolhimento, com orientações relativas a horário de visitas e outras informações úteis.

Para além deste acolhimento mais burocrático e informal, era realizada uma orientação guiada às estruturas físicas do serviço, nomeadamente aos espaços que iria ter necessidade de usufruir e ocupar, por ex o seu quarto com casa de banho integrado. Posteriormente, num momento mais propício à interação, iniciávamos a colheita de alguns dados relativos à sua situação. A informação, obtida através de entrevista e/ou consulta do processo clínico, permitia-nos conhecer o historial médico e obstétrico/ginecológico mais relevante (doenças pessoais, prévias ou não à gravidez, doenças familiares, alergias, grupo sanguíneo e terapêutica usada), o índice obstétrico, dados demográficos, história ocupacional e escolaridade, o contacto de uma pessoa significativa, o nome pelo qual preferia ser tratada e a história da gravidez atual [Idade Gestacional (IG), data provável do parto, intercorrências da gravidez e vigilância da mesma]. Procurávamos, ainda, saber qual ou quais os conhecimentos que tinha em relação ao seu estado de saúde e que significado tinha

para si o internamento. De seguida, tínhamos o cuidado de identificar a sua cultura através de uma colheita inicial de dados relativo a sentimentos positivos, negativos e a crenças que podiam facilitar ou dificultar esta transição.

A transição para a parentalidade inicia-se durante a gravidez e inclui o período pré-natal, de adaptação à parentalidade, e o período após o parto. A adaptação à parentalidade define-se como um tipo de *“Parentalidade: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.”* (International Council of Nurses [ICN], 2019). Recorrendo à teoria das transições compreendemos a importância de colher dados relativos às condições pessoais, comunitárias e sociais daquela pessoa, naquele momento, de forma a adequar as intervenções de enfermagem. Um dos papéis do EESMO que desenvolvemos neste módulo era facilitar a incorporação do papel parental e ajudar o casal a serem pró-ativos no desenvolvimento de novas competências associadas ao mesmo. Segundo a ICN (2019), Papel Parental pode ser definido como o agir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai, tendo em consideração as expectativas da família e amigos em relação aos comportamentos apropriados, ou não, e operacionalizar as expectativas em comportamentos e valores que caracterizam a promoção do crescimento e desenvolvimento máximos de um filho dependente. Porque assumir o papel parental não é inato nem livre de influências, apoiávamos o casal na aquisição desta nova responsabilidade, através de atividades de diagnóstico que conduziam a intervenções individualizadas e adaptadas ao casal. A anamnese diagnóstica incidia na avaliação da aceitação da gravidez; das estratégias para lidar com as expectativas e ambivalências relacionadas com a gravidez e a parentalidade; da preparação para assumir o papel parental e as competências parentais associadas; e da criação de uma ligação afetiva entre a mãe/pai e o feto.

A ligação mãe/pai-filho constitui um tipo específico de ligação entre cuidador e criança, que pode ser definida como o *“estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança.”*(ICN, 2019). Esta ligação, que advém do amor maternal/paternal, inicia-se durante a gravidez, permanecendo durante toda a vida, e constitui um dos fatores mais importantes de desenvolvimento e crescimento saudáveis de uma criança. Quando esta ligação se encontra em risco, a criação de um padrão de vinculação seguro entre a criança e os pais e o consequente desenvolvimento saudável da criança estão em causa (Cinar & Oztürk, 2013). Alguns comportamentos observáveis na grávida/casal ajudavam-nos a avaliar este foco, de forma a determinar um diagnóstico de enfermagem e respetivas intervenções adequadas e dirigidas a um ou ambos os membros do casal. Como tal, na avaliação deste foco observávamos o comportamento do casal relativamente a: descrição de características positivas do feto associadas aos seus movimentos; a referência pelo nome escolhido e/ou de uma forma carinhosa; o acariciar da barriga; a verbalização de expectativas sobre a gravidez, nascimento e pós-parto, de preocupação com o bem-estar fetal e de questões

sobre o desenvolvimento fetal; o seguimento das orientações dos profissionais, esclarecendo as suas dúvidas sobre as mesmas; e o facto de ser uma gravidez planeada e/ou desejada. Como confirmado pela evidência científica, importa referir que o pai e a mãe apresentam tempos diferentes em relação ao estabelecimento desta ligação. Somente pela 25ª semana de IG, quando o crescimento abdominal se torna mais evidente, o pai começa a construir uma imagem da criança e só no início do terceiro trimestre se envolve ativamente na gravidez. Esta informação revelou-se pertinente pois permitiu adequarmos as intervenções implementadas, das quais se destacam ensinar sobre o desenvolvimento fetal, os movimentos fetais, características do RN e estratégias de estimulação tátil e auditiva do feto, promover a construção da imagem do RN e possibilitar a audição dos ruídos cardíacos fetais. Não obstante, a ligação mãe/pai-filho relaciona-se com a consciencialização e o envolvimento dos pais na transição que vivenciam, na medida em que quanto maior a ligação maior a consciencialização e o envolvimento, pelo que a intervenção num destes focos contribuiu para a melhoria dos restantes e para uma vivência mais facilitadora da transição (Cardoso, 2014).

Enquanto propriedade das transições, a consciencialização é também um foco de enfermagem (ICN, 2019; Meleis, 2010). Relaciona-se com a percepção, conhecimento e reconhecimento de que se está a vivenciar uma transição e influencia o nível de envolvimento. Por sua vez, o envolvimento significa a participação ativa na mudança e aquisição de novos papéis, inerentes à transição (Cardoso, 2014; Meleis, 2010). A consciencialização e o envolvimento são essenciais em todas as transições, assumindo um papel ainda mais importante na transição para a parentalidade. Por este motivo, durante o módulo desenvolvemos diferentes intervenções de enfermagem que objetivaram ajudar a grávida a consciencializar-se sobre o seu estado de saúde e a envolver-se na melhoria do mesmo e, em simultâneo, a envolver-se na adaptação à gravidez. A percepção do casal relativa às mudanças esperadas e os comportamentos necessários para se adaptar à gravidez eram obtidos de forma a avaliarmos a consciencialização e determinarmos, ou não, o diagnóstico de Consciencialização Facilitadora (ICN, 2019). Por outro lado, no âmbito do envolvimento avaliamos o comportamento de procura de informação relativa ao estado de saúde e desenvolvimento fetal. Na realidade, pudemos constatar que apesar das grávidas internadas no serviço de cuidados especiais vivenciarem uma transição múltipla, cada uma delas vivenciava uma transição única, na medida em que cada história e cada indivíduo são únicos e por isso não existem duas transições iguais.

Assim, depois de a grávida estar instalada na sua unidade e de termos estabelecido uma relação com a mesma, procedíamos à monitorização materna e fetal. Durante esta monitorização procedíamos à vigilância dos sinais vitais maternos e da cardiocotografia (CTG) ou à auscultação dos batimentos cardíacos fetais. Estas intervenções eram adequadas a cada caso, variando essencialmente com a IG e o motivo de internamento.

A monitorização do bem-estar fetal, no período pré-natal, pretende detetar fetos em risco de lesão e prevenir a progressão para a morte in útero (O'NEILL, 2013). Uma das formas de proceder a esta monitorização é recorrendo à CTG. Esta técnica permite o registo da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), e, em simultâneo, a atividade contrátil do útero materno e dos movimentos fetais, sendo que pode detetar alterações que podem indicar sofrimento fetal (Amorim-Costa, Costa-Santos, Ayres-de-Campos, & Bernardes, 2016; Amorim-Costa, Gaio, Ayres-De-Campos, & Bernardes, 2017; O'Neill & Thorp, 2012; Schneider, Beckmann, German Society of Gynecology, German Society of Prenatal Medicine, & German Society of Perinatal Medicine, 2014). De forma a monitorizar o bem-estar fetal através da CTG, iniciávamos a avaliação pela identificação do foco fetal, o local no abdómen materno onde se ausculta melhor os batimentos cardíacos fetais e que, normalmente, se localiza no dorso fetal. Para o fazer, solicitávamos a colaboração da grávida, questionando-a sobre o local onde sentia mais os movimentos fetais, pois o dorso normalmente encontra-se do lado oposto. Realizávamos também as manobras de Leopold que permitem, através da localização das diferentes partes fetais, palpando o abdómen materno, conhecer a estática fetal, nomeadamente a situação, apresentação, posição e variedade do feto. As manobras de leopold eram inicialmente desafiantes pela dificuldade sentida em distinguir as diferentes partes do feto, com ênfase na cabeça e bacia fetal pela sua semelhança, contudo, o treino e a repetição permitiram-nos melhorar esta competência. No entanto, a dificuldade sentida era atenuada, mas não eliminada, nos casos das grávidas com tecido adiposo aumentado e de gravidez múltipla, pois a realização das manobras nestas circunstâncias está dificultada, mesmo em profissionais experientes, como a evidência comprova (Preyer et al., 2019).

Após identificação do foco fetal, colocávamos o transdutor doppler nesse local de forma a obter os batimentos cardíacos fetais, a cardiografia. De seguida, situávamos o transdutor, que regista a atividade uterina, no fundo do útero, assegurando o registo das contrações, a tocografia. O passo seguinte dependia do aparelho usado, se usássemos um com a funcionalidade de deteção automática dos movimentos fetais, restava-nos solicitar à grávida que se posicionasse para garantir um traçado de qualidade. Se o aparelho disponível não detetasse automaticamente os movimentos fetais, solicitávamos à grávida o registo dos movimentos percecionados pela mesma, a actografia, ao pressionar um botão destinado ao efeito. A autoperceção dos movimentos fetais pode ser influenciada por alguns fatores, como a atividade e posição materna, obesidade materna, medicação, localização da placenta, quantidade de líquido amniótico (LA) e IG (O'Neill & Thorp, 2012). Por outro lado, o recurso a um aparelho CTG com deteção automática permite o registo dos movimentos do corpo e das extremidades, o que se traduz numa quantidade superior de registos, quando comparado com os percebidos pela grávida (Schneider et al., 2014). Assim, sempre que um aparelho de CTG com registo automático dos movimentos fetais estava disponível privilegiávamos o seu uso, em detrimento da opção não automática. Da mesma forma, quando a grávida referia diminuição da perceção dos movimentos fetais, antes ou durante

a CTG, procurávamos um aparelho de CTG com detecção automática de forma a obter o registo mais rigoroso possível.

Por último, posicionávamos a grávida para garantir um traçado de qualidade e uma posição confortável para a mesma. A literatura disponível evidencia que, durante a monitorização através de CTG, se recomenda que a grávida esteja em decúbito lateral, semi sentada, sentada ou mesmo em posição de pé, evitando o decúbito dorsal prolongado pelo risco de compressão da veia cava e consequente diminuição da perfusão placentária e oxigenação fetal (Ayres-De-Campos, Spong, & Chandraran, 2015). Contudo, durante o internamento no período pré-natal, a CTG realiza-se de forma intermitente e pouco prolongada, muitas vezes em IG baixas onde é mais difícil identificar o foco. Por esse motivo, a posição em pé nunca era usada e associamos a posição sentada a maior dificuldade em identificar o foco e conseguir um traçado de qualidade. Assim, a posição de decúbito lateral, com preferência no lado esquerdo, e a posição semi sentada, quando toleradas pela grávida e feto, eram as posições mais utilizadas, conforme sustentado pela evidência científica.

O traçado de CTG fornece a FCF basal, a variabilidade e a presença ou ausência de acelerações e desacelerações, sendo depois categorizado em tipo 1 ou tranquilizador, tipo 2 ou suspeito e tipo 3 ou patológico (Ayres-De-Campos et al., 2015; Schneider et al., 2014). A caracterização do traçado de CTG sofre variações ao longo da gravidez e pode estar sujeita a diferenças inter e intra-observador, que podem precipitar intervenções médicas como a indução do parto (Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, 2015; Schneider et al., 2014). As alterações fisiológicas, decorrentes da maturação fetal (diminuição da FCF basal e das desacelerações e aumento da variabilidade, das acelerações e das contrações) e outros fatores, como a administração de terapêutica materna, podem ser responsáveis por alterações transitórias, ou permanentes, no traçado de CTG (Amorim-Costa et al., 2016). Neste módulo, a causa mais frequente que identificamos para as alterações transitórias era a administração de fármacos, nomeadamente os corticosteroides que são responsáveis por uma redução na variabilidade, o que é consistente com a literatura disponível (Sentilhes et al., 2017) Após a classificação de um traçado de CTG como suspeito ou patológico referenciávamos o achado à equipa médica, por esta situação estar para além da nossa área de atuação.

Apesar da monitorização do bem-estar fetal, através de CTG ou auscultação dos batimentos cardíacos fetais, constituir uma intervenção autónoma do EESMO, e, por conseguinte, a implementarmos sempre que necessário, por norma, a frequência pretendida era sujeita a prescrição médica. Na maioria das situações, esta vigilância era prescrita uma vez por turno. Em IG superior às 29 semanas, o mais comum era estar prescrita a monitorização através de CTG. Por outro lado, em IG inferior a 26 semanas, a prescrição era a auscultação dos batimentos cardíacos do feto. No entanto, entre as 26 semanas e as 29 semanas de IG ficava ao critério de cada clínico se realizávamos somente auscultação ou CTG, sendo as 26 semanas e quatro dias a IG mais precoce em que realizamos CTG. Não obstante, tivemos

oportunidade de constatar que a realização desta técnica em IG precoces está associada a uma qualidade do sinal inferior e a uma perda de sinal superior o que pode causar algum *stress* nas grávidas e também nos profissionais de saúde (Amorim-Costa et al., 2016).

Como referido, quando a IG não permitia a realização de CTG ou este não era necessário três vezes por dia, procedíamos à auscultação dos batimentos cardíacos fetais e, para tal, recorriamos a um doppler portátil ou estetoscópio de Pinard. Após identificação do foco fetal, colocávamos o doppler nesse local e, através de pequenos ajustes no ângulo ou local do doppler procurávamos um som similar a um ‘cavalo galopante’, característico dos batimentos cardíacos fetais. Simultaneamente, monitorizávamos a frequência cardíaca materna, de forma a garantir que auscultávamos a FCF, e colocávamos uma mão no fundo uterino de forma a detetar a presença ou ausência de contrações (Lewis, Downe, & Panel, 2015). Em contrapartida, recorremos ao estetoscópio de Pinard apenas duas vezes, com o propósito de experimentar um objeto diferente e mais desafiante. Este estetoscópio implica mais treino pelo profissional de saúde, mas menos recursos financeiros, pelo que é o único instrumento em alguns contextos. Por outro lado, o estetoscópio permitia-nos ‘sentir’ os batimentos cardíacos fetais através da amplificação das ondas sonoras criada pelo mesmo, mas não permitia às restantes pessoas presentes no quarto a mesma experiência (Lewis et al., 2015). Pessoalmente, era muito gratificante usar o estetoscópio de Pinard, mas constatamos que o mesmo nem sempre acontecia com os pais. Na realidade, verificamos que muitos pais aguardavam ansiosamente o momento de ouvir o coração dos seus filhos a bater e ficavam muito felizes assim que tal acontecia.

No entanto, principalmente em IG precoces, sentimos uma dificuldade acrescida em identificar o foco fetal e auscultar os batimentos cardíacos o que aumentava o *stress* dos pais e também o nosso. Seja através da CTG ou da auscultação dos batimentos cardíacos, reconhecemos que a monitorização do bem-estar fetal acarretou diferentes sentimentos nos casais, sendo a ansiedade e a felicidade os que mais frequentemente identificamos, o que está de acordo com a literatura disponível (Grivell RM, Alfirevic Z, Gyte GML, 2015). Um exemplo disto era uma das grávidas de quem cuidávamos que solicitou que aguardássemos a chegada do seu companheiro para que pudessem partilhar aquele momento juntos. Não obstante, sempre que possível, aguardávamos e incentivávamos a presença do companheiro, ou outro familiar significativo, no quarto, de forma a fomentar a ligação entre o casal e o feto. Outra situação que comprova o referido era uma grávida que, em todos os turnos, nos pedia para ouvir as suas gémeas de 23 semanas. Apesar de constituir um desafio e nem sempre o termos feito com a brevidade desejada, o que aumentava o seu nível de ansiedade, era visível a sua alegria assim que lhe proporcionávamos poder ouvir os seus batimentos cardíacos. A dicotomia entre a ansiedade e felicidade sentidas pelas grávidas tornou-se uma motivação extra para aprimorar estas competências de forma a reduzir a ansiedade e, em alguns casos, aumentar a felicidade.

Conforme demonstrado, a ansiedade (ICN, 2019) é uma emoção comum entre as mulheres com o diagnóstico de gravidez de alto risco, seja risco fetal, materno ou ambos, sendo superior entre as que experienciam a hospitalização, constituindo assim um importante foco da nossa atenção. Durante a gravidez, a ansiedade pode ter efeitos nefastos para a saúde materna, como o aumento do risco de depressão pós-parto, e para a saúde fetal e neonatal, aumentando o risco de Parto Pré-Termo (PPT), baixo peso ao nascer, bem como problemas no desenvolvimento e comportamento da criança (Barber & Starkey, 2015; Byatt et al., 2014). Para além disto, a ansiedade durante a gravidez pode conduzir ao diagnóstico de Risco de ligação mãe-filho comprometida (ICN, 2019), por condicionar o estabelecimento desta ligação (Sabuncuoglu & Basgul, 2016). A predisposição para o otimismo e a percepção do seu estado de saúde influenciam a ansiedade sentida pelas grávidas hospitalizadas. Todavia, o recurso a estratégias de coping para lidar com a situação não parece afetar a ansiedade durante o internamento, possivelmente pela percepção de que não podem fazer nada para lidar com a situação. Assim, ajudar a mulher a encontrar esperança e otimismo adequados à sua situação, identificar e incentivar o recurso a estratégias de coping, incentivar o apoio de família e amigos são intervenções que podem ajudar a diminuir a ansiedade. Contudo, estas intervenções são pouco eficazes se realizadas como um procedimento genérico, com um “guião” igual para todas as ocasiões. Se em todas as situações a individualidade é importante, quando cuidamos de uma grávida com altos níveis de ansiedade, conhecê-la, à sua história, ao seu contexto e à sua cultura, adquirem uma importância ainda maior. Estar com a grávida, escutar as suas preocupações e dúvidas, compreender que estratégias usaram no passado para lidar com a ansiedade e, em conjunto, adequar essas estratégias à situação presente no internamento eram algumas estratégias que aplicámos e se mostraram úteis durante o cuidado de grávidas com o diagnóstico de ansiedade (Barber & Starkey, 2015). Durante este módulo, quando enunciávamos este diagnóstico, disponibilizávamos mais tempo para as acompanhar, especialmente fora do horário de visitas, e fortalecíamos a relação de empatia criada, reforçando a prestação de cuidados holísticos e individualizados. Sempre que considerado apropriado e o serviço o permitisse, discutíamos com a mulher e/ou o casal a transferência para um quarto individual, de forma a garantir a presença de um acompanhante no período noturno, e, esporadicamente, agilizamos outros horários de visita.

Infelizmente, nem sempre é possível transmitir esperança na viabilidade da gravidez e esta foi uma situação que tivemos a oportunidade de vivenciar ao cuidar de um casal nessa circunstância. O casal foi admitido com uma gravidez de 25 semanas de IG e o diagnóstico de oligoâmnios e displasia renal fetal graves com prognóstico reservado. Depois de estabelecida alguma interação, constatamos que este casal não tinha consciência da gravidade da situação, e, apesar da sua angústia e ansiedade, ainda era notória a esperança de que esta situação reverteresse de uma forma feliz.

Todavia, após diversos exames completos de diagnóstico, a equipa médica reuniu com este casal e explicou-lhes que aquele feto, o seu filho, não tinha viabilidade e era portador de uma doença genética rara e incompatível com a vida, recomendando a interrupção médica da gravidez. Contudo, enquanto os pais eram confrontados com uma decisão muito difícil e constrangedora sobre o futuro, continuaram a ser confrontados com a realização uma vez por turno, três vezes por dia, de monitorização CTG e consequente auscultação dos batimentos fetais. Aqueles pais, sabendo que, independentemente da sua escolha, iriam perder o seu filho, que ele não sobreviveria, eram obrigados a ouvir diariamente o coração dele a bater, como qualquer feto com então 26 semanas e quatro dias. Apesar de colocarmos o som do aparelho no mínimo, com o consentimento dos pais, o sofrimento era visível na expressão facial dos mesmos. Discutimos com a equipa de enfermagem a pertinência da CTG numa situação destas e definimos que o tempo de execução não excedia o mínimo recomendado de 20 minutos. Contudo, até os pais tomarem uma decisão final, optando por interromper a gravidez, a monitorização era realizada conforme prescrito. Esta era uma experiência marcante, que ficará para sempre gravada na minha memória!

De nossa parte, tentámos apoiar este casal indo de encontro às necessidades que nos iam mostrando ou verbalizando, apoiando-os, escutando-os e permitindo-os estar juntos, enquanto casal. Terminar a gravidez devido a anomalia fetal não é um processo fácil e pode causar um grande impacto na vida da mulher e do casal, apesar de não existir impedimento legal pois em Portugal, a interrupção médica da gravidez por motivo de feto inviável pode ser realizada em qualquer IG (Portugal, 2007). O *stress* pós-traumático, o luto complicado e a depressão são consequências a longo prazo comumente associadas a este acontecimento (Irani, Khadivzadeh, Nekah, Ebrahimipour, & Tara, 2019; Lafarge, Mitchell, Breeze, & Fox, 2017). Não existe uma forma parametrizada para apoiar estes casais pois cada um deles irá lidar com a perda de uma forma única. A literatura revela algumas estratégias consideradas adaptativas, como a aceitação e a reformulação positiva, e outras indicativas de uma possível má adaptação, como a negação e a auto culpabilização, estando as primeiras associadas a um nível mais baixo de luto (Lafarge et al., 2017). Contudo, há vários fatores que interferem com as estratégias de coping utilizadas pelo casal, como as características pessoais de cada membro, a necessidade de decidir terminar ou não a gravidez, o prognóstico da doença fetal, se seria compatível com a vida ou não, e o apoio social e familiar (Irani et al., 2019; Lafarge et al., 2017). Fizemos um grande esforço para compreender o casal que cuidávamos e tentamos encontrar as melhores estratégias para aquela díade em particular. Essas estratégias passaram por providenciar toda a informação que o casal considerava necessária, seja relativa à condição do feto, ao processo do feticídio, a organizações ou associações que os poderiam apoiar ou qualquer outra que considerem pertinente, fornecer apoio emocional, antes, durante e após a terminação da gravidez, e apoiar o casal a longo prazo, após a alta para o domicílio (Lafarge et al., 2017). Em relação ao casal mencionado, durante e após o feticídio não tivemos a oportunidade de colaborar na prestação direta de cuidados, pelo que a nossa intervenção focou-se

essencialmente nos cuidados antes do feticídio. Contudo, sempre que nos cruzávamos com qualquer um deles no corredor mostrávamos disponibilidade para os apoiar e reforçávamos os laços anteriormente estabelecidos. A preocupação deles com o futuro, nomeadamente uma futura gravidez, evidenciava-se na forma como questionavam várias vezes a equipa de enfermagem e médica sobre esse assunto. O receio de uma nova gravidez com nova malformação fetal é também descrito por outros casais na literatura disponível e, segundo os próprios, é das partes mais difíceis de lidar (Irani et al., 2019). Com base no exposto, enunciamos o diagnóstico de luto familiar no processo de enfermagem deste casal. O luto caracteriza-se por “sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real”(ICN, 2019) que evolui gradualmente em diferentes fases e culmina na aceitação da perda. Por outro lado, o luto familiar refere-se à perda de um membro da família e leva a um sentimento de tristeza partilhado e de desorganização temporária das rotinas familiares (ICN, 2019). Contudo, lidar com uma terminação da gravidez constitui um processo de luto que não termina após a expulsão do feto. Este processo é variável e é comum que agrave ou surja novamente numa nova gravidez (Lafarge et al., 2017).

Durante este módulo, tivemos a oportunidade de cuidar de outro casal que nos permitiu compreender esta particularidade do luto associada à gravidez. Era a terceira gravidez do casal, a primeira decorrera sem intercorrências, já a segunda terminara às 34 semanas de IG com uma morte fetal in útero numa gravidez caracterizada por uma Restrição de Crescimento Intra-Uterino (RCIU) grave. Desta vez, estava internada desde as 28 semanas de IG com o mesmo diagnóstico que causou a morte fetal na gravidez anterior, a RCIU. Tivemos a oportunidade de, após criarmos uma relação empática com a grávida e o companheiro, cuidarmos deste casal durante vários turnos. Apesar de ser frequente ela demonstrar preocupação em relação ao seu filho, na altura em que se aproximava das 34 semanas o seu nível de ansiedade aumentou exponencialmente. Ela referia estar sempre ansiosa antes da monitorização CTG e, apesar de ficar mais calma durante a mesma, nunca ficava totalmente relaxada devido ao medo de voltar a vivenciar o sofrimento de uma morte fetal. Desta forma, a equipa médica manteve os exames complementares de diagnósticos periódicos, conforme a avaliação fetal que realizavam, e às 36 semanas decidiram induzir o parto. Nasceu um feto prematuro e Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), que, apesar de nascer com bom índice de apgar, foi transferido para a unidade de neonatologia. A mãe foi internada na unidade de cuidados intermédios de ginecologia e obstetrícia com o diagnóstico de pré-eclâmpsia pós-parto com a prescrição de monitorização materna contínua e administração de sulfato de magnésio

A RCIU e a pré-eclâmpsia são dois diagnósticos médicos distintos, mas que muitas vezes surgem em simultâneo. RCIU, PIG e baixo peso ao nascer são três termos distintos, mas facilmente confundíveis. Baixo peso ao nascer é o termo usado para classificar os RNs que nascem com menos de 2,500kg, independentemente da IG (Sharma, Shastri, & Sharma, 2016). O termo PIG refere-se a um feto que se encontra abaixo do percentil 10 para uma IG

específica (Díaz et al., 2014; Sharma et al., 2016), sendo um feto constitucionalmente pequeno, que atingiu todo o seu potencial de crescimento (Díaz et al., 2014). Por outro lado, a RCIU é um diagnóstico médico relativo a fetos com sinais de malnutrição e atraso no crescimento uterino, independentemente da IG (Sharma et al., 2016). A grande maioria dos fetos pequenos são constitucionalmente pequenos e não apresentam nenhuma complicação resultante disso, tratando-se de um feto PIG se o percentil for abaixo do 10. A mesma afirmação não pode ser feita relativamente aos fetos com RCIU [Díaz et al., 2014; Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), 2016] que podem apresentar complicações imediatas, decorrentes ou não da prematuridade, mas também tardias, com impacto na infância e idade adulta (Díaz et al., 2014; Sharma et al., 2016).

Como referido, tivemos a oportunidade de cuidar grávidas com o diagnóstico de RCIU, pelo que, nestas circunstâncias, procedíamos às intervenções interdependentes resultantes de prescrição, como a administração de medicação, e a monitorização dos sinais vitais maternos e do bem-estar fetal. Independentemente das terapêuticas instituídas, de momento, a RCIU não tem cura (FIGO, 2016). Desta forma, era importante avaliarmos o conhecimento sobre a saúde e o processo patológico (ICN, 2019), de forma a ajudar o casal a ajustar a esperança e gerir a ansiedade, sempre que essa necessidade era identificada.

Conforme referido, um diagnóstico muitas vezes relacionado com a RCIU era a pré-eclâmpsia, podendo o diagnóstico da última preceder, anteceder ou coincidir com o da primeira. A pré-eclâmpsia é uma doença inflamatória própria da gravidez cuja patogénese está em análise, mas alguns estudos apontam para que seja de etiologia múltipla (FIGO, 2016). Quer a RCIU quer a pré-eclâmpsia podem ter origem numa disfunção placentar, pelo que o diagnóstico de uma implica uma vigilância atenta relativa à possibilidade da outra surgir posteriormente (FIGO, 2016).

Desta forma, procuramos adquirir mais conhecimentos sobre as doenças hipertensivas de forma a cuidar das grávidas com este diagnóstico, em todas as componentes do cuidar. Assim, é possível categorizar as doenças hipertensivas em dois grandes grupos, a hipertensão crónica, essencial ou secundária e a hipertensão de novo. A hipertensão crónica pode ser diagnosticada antes da gravidez ou antes das 20 semanas de IG [Brown et al., 2018; Druzin, Shields, & Peterson, 2013; FIGO, 2016; OMS & Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2017] ou, quando diagnosticada após as 20 semanas, persiste além das 12 semanas pós-parto (Druzin et al., 2013; OMS & UNICEF, 2017). Em grávidas com esta patologia poderá ocorrer, após as 20 semanas de IG, o desenvolvimento de hipertensão resistente, proteinúria (*de novo* ou agravamento da existente) ou ainda lesão de órgãos-alvo com sintomas de gravidade, que corresponde à definição de pré-eclâmpsia sobreposta. Consideram-se sintomas de gravidade queixas de cefaleias ou distúrbios visuais, eclâmpsia, RCIU, entre outros (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017).

Relativamente à hipertensão de novo ou gestacional, surge pela primeira vez após as 20 semanas de IG (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017) e normaliza até às 12 semanas pós-parto (Druzin et al., 2013; OMS & UNICEF, 2017), podendo progredir para pré-eclâmpsia (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017). Por sua vez, a pré-eclâmpsia pode ser definida como hipertensão gestacional com proteinúria e/ou lesão de órgãos-alvo com sintomas de gravidade. Mulheres com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, sobreposta ou não, podem evoluir para dois quadros mais graves, a síndrome de HELLP e a eclâmpsia. O primeiro é caracterizado por alterações analíticas como Hemólise, Enzimas Hepáticas elevadas e Plaquetas baixas. A eclâmpsia consiste na ocorrência de convulsões e/ou coma em mulher grávida ou puerpera, não atribuível a outras causas (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017).

Outros conceitos importantes que tivemos oportunidade de discutir e clarificar com a equipa multidisciplinar era a presença de hipertensão e a proteinúria. A hipertensão é caracterizada por valores de Tensão Arterial (TA) sistólica maior ou iguais a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e/ou de TA diastólica maior ou iguais a 90mmHg em, pelo menos, duas medições distintas e com intervalo de quatro horas entre elas. Uma mais forma mais grave de hipertensão é a hipertensão severa, que consiste em valores de TA sistólica maior ou iguais a 160mmHg e/ou de TA diastólica maior ou iguais a 110mmHg em, pelo menos, duas medições distintas e com intervalo de 15 minutos entre elas (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017). Por outro lado, a proteinúria consiste na presença de proteína detetável na urina. Esta condição na gravidez pode ser considerada fisiológica se os valores estiverem abaixo de 0,3 gramas por decilitro e se esta se resolver durante o puerpério. Contudo, valores acima do limite exigiram uma rigorosa vigilância da mulher, pelo risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia. A monitorização da proteinúria era realizada de duas formas. Uma sob uma intervenção autónoma, através de tiras reagentes de urina, ou através de uma intervenção interdependente, com a colheita e envio de uma amostra de urina para o laboratório. Quando realizávamos a intervenção autónoma, obtínhamos um resultado imediato, subjetivo e classificado como negativo, vestígios, 1+, 2+ 3+ ou 4+, quando o médico prescrevia a análise laboratorial era obtido um valor objetivo e quantitativo. Sempre que obtínhamos um resultado igual ou superior a 2+ (0,3 miligramas (mg) por decilitro) nas tiras reagentes, em duas avaliações consecutivas com seis horas de intervalo, comunicávamos à equipa médica, conforme recomendado na evidência encontrada (FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017). Quer a proteinúria aumentada quer a hipertensão podem ter outras causas, pelo que o conhecimento do padrão anterior era importante. Desta forma, aquando da admissão da grávida, consultávamos os valores de proteinúria e de TA registados no boletim de saúde da grávida (FIGO, 2016).

A avaliação da TA é importante durante todo o ciclo vital, mas assume um papel essencial durante a gravidez. De forma a monitorizarmos a TA e obtermos um valor fidedigno em todas

as avaliações, era relevante para os cuidados os elementos da equipa estarem familiarizados com os cuidados a ter. Como tal, sustentado na evidência científica encontrada, partilhamos com a equipa de enfermagem as intervenções que apresentamos de seguida:

- Recomendar à grávida que se sente, com as pernas descruzadas, os pés apoiados no chão e as costas apoiadas na cadeira/cama (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016);
- Assegurar um repouso de pelo menos 5 minutos antes da avaliação, considerando os autocuidados como potenciais atividades que necessitem de repouso (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016);
- Recomendar a grávida a não falar (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016), ler, ver o telemóvel ou a televisão (FIGO, 2016);
- Colocar o braço à altura do coração, podendo ser necessário usar uma almofada (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016);
- Avaliar sempre no mesmo braço (FIGO, 2016), preconizando-se no serviço o braço direito como o preferencial;
- Selecionar um tamanho de braçal apropriado à grávida (comprimento 1,5 vezes superior à conferência do braço) (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016) e aplicado diretamente na pele, sem roupa (FIGO, 2016);
- Usar esfigmomanómetro ou aparelho automático calibrado e validado durante a gravidez e na pré-eclâmpsia (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016).

Sempre que obtínhamos valores anormais, era recomendado à grávida que ficasse em repouso e avaliávamos, novamente, 15 minutos depois. Caso os valores se mantivessem alterados comunicávamos à equipa médica, dado ser uma situação que ultrapassa as nossas competências. Após avaliação médica, administrávamos a terapêutica farmacológica, quando prescrita, executando uma intervenção interdependente de enfermagem, e mantínhamos uma vigilância regular da grávida até se atingir valores desejáveis de TA (FIGO, 2016).

No que concerne às doenças hipertensivas da gravidez, pudemos constatar que o tratamento medicamentoso instituído de primeira linha eram os anti hipertensores orais, como a nifedipina de ação prolongada, a metildopa, o labetalol e outros β -bloqueadores. Em contrapartida, alguns grupos de anti hipertensores, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os antagonistas do recetor da angiotensina, não eram usados por estarem contraindicados pelo risco de fetotoxicidade. Os diuréticos tiazídicos e a hidralazina são considerados terapêutica de segunda linha por apresentarem potenciais riscos para o feto, apesar dos potenciais benefícios poderem justificar o seu uso (Butalia et al., 2018). Durante o módulo de estágio os fármacos mais prescritos e, conseqüentemente, os que nós mais administramos, para tratar a hipertensão moderada e ou severa, eram a nifedipina de ação prolongada e a metildopa.

O sulfato de magnésio era o tratamento de primeira linha da eclâmpsia e está recomendado na sua prevenção em grávidas ou puérperas com pré-eclâmpsia severa, isto é, hipertensão severa, proteinúria aumentada e/ou sinais ou sintomas neurológicos, como cefaleia intensa e distúrbios visuais (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017). Para além de prevenir a ocorrência de convulsões associadas à eclâmpsia (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016) reduz o risco de morte materna (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016). As indicações terapêuticas deste fármaco não se resumem às descritas, estando também recomendado para neuroproteção fetal nos casos de parto iminente (nas próximas 24 horas) entre as 24 semanas e as 31 semanas e seis dias de IG, pela diminuição do risco de paralisia cerebral ou morte (Druzin et al., 2013; FIGO, 2016). Considerando a indicação terapêutica do tratamento ou prevenção da eclâmpsia, procedíamos à execução da intervenção resultante de prescrição médica, Administrar medicação via endovenosa (EV) [Sulfato de Magnésio] (ICN, 2019), através da administração de uma dose de carga (bólus de 4 gramas em cinco minutos), seguido da dose de manutenção, a um ritmo de 1 a 2 gramas/hora (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016). Durante o módulo de estágio não observamos nenhuma situação de eclâmpsia, contudo algumas situações clínicas conduziram à necessidade de iniciar esta terapêutica com a maior brevidade possível. O nosso conhecimento do protocolo de atuação e do fármaco, bem como a sua partilha com toda a equipa, permitiram otimizar o tempo de resposta e iniciar a administração da terapêutica logo que o médico dava essa indicação (Druzin et al., 2013). Este conhecimento e preparação prévios eram essenciais devido às características próprias da eclâmpsia, nomeadamente poder surgir independentemente da severidade da hipertensão, e, tipicamente, ocorrer na ausência de cefaleia ou alterações visuais. Para além disto, cerca de 25% dos casos ocorre durante o puerpério, geralmente são convulsões tónico-clónicas que cessam espontaneamente após um a dois minutos, não serão observadas se a mulher estiver sozinha e pode ser acompanhado de estado epilético e/ou coma, cuja duração pode ir de minutos a horas, dependendo da frequência das convulsões, e pode culminar na morte (OMS & UNICEF, 2017). De acordo com a evidência científica encontrada, durante a administração de sulfato de magnésio a mulher requer uma vigilância contínua, pelo que implementamos os cuidados de enfermagem recomendados, que incluíam:

- Monitorização de CTG contínua ou auscultação da FCF a cada 30 minutos, conforme IG e indicação médica (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013);
- Avaliação dos sinais vitais maternos, nomeadamente a frequência respiratória, saturação de oxigénio e TA a cada 30 minutos ou segundo indicação médica e frequência cardíaca de hora a hora ou segundo indicação médica (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013);
- Monitorização do débito urinário e balanço hídrico, de hora a hora, estando recomendado a algaliação grávida (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013);

- Restrição da fluidoterapia, incluindo a via oral (PO), a 100 mililitros por hora (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013);
- Avaliação dos reflexos no final da dose inicial e, posteriormente, a cada 2 horas, ou segundo indicação médica (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013).
- Vigilância dos sinais de toxicidade: ausência de reflexos tendinosos, em especial o patelar (Brown et al., 2018; OMS & UNICEF, 2017); frequência respiratória inferior a 10 ciclos/minuto ou saturação de oxigênio inferior a 92% (Brown et al., 2018); débito urinário inferior a 30 mililitros/hora nas últimas quatro horas (OMS & UNICEF, 2017) e paragem cardiorrespiratória (Brown et al., 2018).

Se suspeita de toxicidade, os estudos encontrados recomendam a interrupção imediata da perfusão e a comunicação à equipa médica para avaliação (Brown et al., 2018; OMS & UNICEF, 2017). Durante o módulo não tivemos oportunidade de observar nenhuma situação de toxicidade que justificasse, por parte da equipa médica, a prescrição de um antídoto. Não obstante, sabemos que a literatura disponível recomenda o gluconato de cálcio (1grama EV em 3 minutos) como o fármaco eleito para reverter os efeitos do sulfato de magnésio (Brown et al., 2018; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017).

Dado que a pré-eclâmpsia está no topo cinco de causas de morte materna e perinatal em todo o mundo, era extremamente importante compreendermos bem esta patologia e de que forma poderíamos ajudar a evitar este desfecho. Assim, em articulação com as outras duas estudantes do MESMO, elaboramos um projeto conjunto em que cada uma faria uma abordagem a uma das complicações da gravidez mais frequentes e com maior prevalência no serviço e cujos protocolos existentes careciam de atualização. Todas as fases do projeto, desde a conceção, fundamentação, até culminar na elaboração e/ou aperfeiçoamento dos protocolos existentes, foram desenvolvidas em colaboração com a enfermeira chefe e tutoras e basearam-se na mais recente evidência científica. Recorrendo a momentos informais e reuniões formais, partilhamos a informação e envolvemos os EESMO neste projeto. Podemos, então, afirmar que para além de atingirmos os objetivos, cumprimos uma orientação preconizada pela ordem dos enfermeiros, prevista no regulamento do exercício profissional do enfermeiro relativa à sua participação “na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p. 103)

Neste contexto, após pesquisa e análise das *guidelines* nacionais e internacionais mais recentes que encontramos acerca desta temática e da discussão dos achados com a equipa de enfermagem, desenvolvemos quatro propostas de protocolos de atuação. No primeiro, mais geral, apresentamos as definições consideradas mais importantes no que concerne às doenças hipertensivas e os cuidados a ter na monitorização da TA. De seguida, desenvolvemos um protocolo relativo ao uso do sulfato de magnésio como terapêutica de primeira linha no tratamento da eclâmpsia, onde se refere as principais indicações terapêuticas, efeitos secundários, contraindicações, modo de administração e cuidados de

enfermagem antes, durante e após a administração. O terceiro protocolo aborda a administração de labetalol EV por este constituir um anti-hipertensor de primeira linha e referimos os mesmos tópicos do anterior. Por último, redigimos o protocolo sobre a eclâmpsia, uma condição, apesar de rara nos países desenvolvidos, potencialmente fatal, onde apresentamos uma proposta de plano de ação de forma a otimizar a resposta e diminuir o risco de consequências maternas e fetais (Brown et al., 2018; Druzin et al., 2013; FIGO, 2016; OMS & UNICEF, 2017).

O conhecimento das patologias, nomeadamente dos sinais e sintomas mais frequentes, e da relação que pode existir entre elas, despertou a nossa atenção para alguns sinais de alerta. Uma das grávidas que tivemos oportunidade de cuidar durante vários turnos seguidos estava internada com o diagnóstico de RCIU e inicialmente os valores de TA eram normais, não se suspeitando de pré-eclâmpsia. Contudo, dia após dia os valores tensionais aumentavam ligeiramente e discretamente, sempre inferiores a 140/90 mmHg, e, eventualmente, identificamos um edema facial de novo. O edema não é um sintoma exclusivo da pré-eclâmpsia e é um achado normal no final da gravidez, contudo, a associação do edema facial à elevação constante, apesar de discreta e dentro dos parâmetros normais, da TA levou à identificação de uma possível situação para além da nossa área de atuação e conduziu à comunicação destes achados à equipa médica. De facto, nas 48 horas seguintes, o diagnóstico médico de pré-eclâmpsia tornou-se evidente, sendo necessário, conforme prescrição médica, iniciar tratamento com sulfato de magnésio para prevenção da eclâmpsia e transferir a grávida para o núcleo de partos, onde procederam ao término da gravidez através da indução do parto. Este caso foi importante para compreendermos a relevância da atenção ao pormenor, do conhecimento e do trabalho em equipa multiprofissional.

Uma outra patologia comum durante este módulo era a Rotura Prematura de Membranas (RPM), em especial a pré-termo. Esta condição caracteriza-se pela rotura antes do início do TP das membranas, âmnio e córion, que protegem o feto. Quando ocorre após as 37 semanas de IG, trata-se de uma RPM de termo, sendo que as grávidas com este diagnóstico ficavam internadas no núcleo de partos, salvo raras exceções. Contudo, se ocorrer antes das 37 semanas, designa-se RPM pré-termo e, normalmente, motivava o internamento da grávida para vigilância materno-fetal [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2018; Jazayeri, 2018; National Institute of Health and Care Excellence (NICE), 2015b; OMS & UNICEF, 2017].

A RPM consiste na perda de LA por via vaginal, que pode estar associado, ou não, a sangramento vaginal e pressão pélvica, na ausência de contrações. O curso de ação em cada um dos casos era determinado pela equipa médica, sendo que podiam optar por induzir o parto ou pelo tratamento conservador (ACOG, 2018; NICE, 2015b). A indução do TP no CMIN era realizada no núcleo de partos, pelo que será abordada no próximo capítulo. Em relação ao tratamento conservador, este era, normalmente, o preferencial em IG mais precoces e

consistia em manter a grávida e o feto sob vigilância, procurando sinais de infecção e/ou sofrimento fetal.

Os cuidados de enfermagem instituídos por nós incluíam a vigilância das características do LA, nomeadamente a cor, quantidade e cheiro, a monitorização do bem-estar fetal e a vigilância dos sinais vitais maternos, uma vez por turno ou sempre que se justificasse. A presença de desacelerações, taquicardia ou contratilidade uterina no traçado de CTG, a presença de taquicardia ou febre materna e a presença de LA com cheiro fétido, coloração anormal ou perda de quantidade moderada a abundante constituem sinais de alarme. Sempre que um ou mais destes achados eram identificados, procedemos à sua comunicação à equipa médica (Jazayeri, 2018). Para além da vigilância materna e fetal, procedemos à avaliação do conhecimento da grávida/casal sobre sinais de alerta. Quando identificávamos uma necessidade relativa à atividade diagnóstica desenvolvida, concretizávamos as intervenções consideradas pertinentes para aquele casal, sendo a intervenção mais implementada, para esta atividade, ensinar sobre sinais de alerta (ICN, 2019). Sempre que existia prescrição médica, eram implementadas intervenções interdependentes como orientar para o repouso relativo ou absoluto no leito, administrar medicação EV ou PO, nomeadamente antibioterapia profilática (ampicilina 2gramas EV durante dois dias e amoxicilina 500mg PO posteriormente, até perfazer sete dias de antibioterapia), administrar medicação via intramuscular (IM), nomeadamente indutor da maturação fetal (duas doses de betametasona 12mg com intervalo de 24 horas entre elas), administrar medicação via subcutânea (SC), nomeadamente profilaxia de tromboembolismo (enoxaparina 40mg uma vez dia). Durante a administração da medicação, avaliamos o conhecimento da grávida sobre a mesma e, sempre que necessário, realizávamos as intervenções ensinar sobre medicação e ensinar sobre efeitos secundários de medicação (ACOG, 2018; ICN, 2019; OMS & UNICEF, 2017).

Relacionado com a RPM surge a Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) e o Trabalho de Parto Pré-Termo (TPPT). Um PPT consiste na ocorrência do parto entre as 20 semanas e as 36 semanas e 6 dias de IG. O TPPT é caracterizado pela presença de contrações uterinas regulares com alterações cervicais, dilatação e/ou extinção. A APPT apresenta sintomatologia idêntica mas não há lugar a alterações cervicais, pelo que a grávida não se encontra de facto em TP (ACOG, 2016; NICE, 2015b). De acordo com a evidência científica encontrada, cerca de metade dos nascimentos pré-termo tiveram origem num TPPT espontâneo, com ou sem RPM pré-termo, sendo os restantes PPT medicamente induzidos por condições maternas ou fetais que o justificam. O PPT conduz ao nascimento de um RN prematuro, cuja morbilidade e mortalidade estão altamente condicionadas pela IG e peso à nascença, sendo que quanto mais próximo do termo e mais elevado o peso à nascença, menor a probabilidade de sequelas da prematuridade e maior a taxa de sobrevivência (ACOG, 2016; NICE, 2015b; Sentilhes et al., 2017). Os fatores que levam à ocorrência de um PPT espontâneo podem ser variados, todavia, algumas alterações no estilo de vida da grávida

e do casal podem contribuir para a diminuição da probabilidade de ocorrência do mesmo. Uma dieta rica em fruta, vegetais e cereais integrais, a cessação tabágica e a prevenção e/ou tratamento de distúrbios da ansiedade e depressão são algumas mudanças que poderão conduzir à diminuição do risco de PPT (Sentilhes et al., 2017). Outras causas conhecidas por conduzirem ao PPT são a “RPM, corioamniotite, infeção extrauterina (infeções do trato urogenital), anomalias da placenta, anomalias uterinas, incompetência cervico-ístmica, patologias fetais, hiperdistensão uterina (gravidez gemelar, hidrâmnios), contractilidade uterina e outros” (Magro, Guerreiro, & Fidalgo, 2016, p. 211).

No âmbito do planeamento de cuidados da grávida/casal com o diagnóstico médico de APPT ou TPPT, realizamos diferentes atividades de diagnóstico: avaliar o conhecimento sobre o TP, nomeadamente sinais de TP e sinais de alerta; avaliar o conhecimento sobre regime de tratamento, nomeadamente regime dietético e medicamentoso; avaliar o conhecimento sobre a prematuridade; avaliar uso do tabaco e, em caso afirmativo, avaliar conhecimento sobre uso do tabaco na gravidez e sobre exposição a fumo passivo; avaliar os sinais vitais maternos, com ênfase na dor; vigiar o bem-estar fetal e a presença de contratilidade uterina através da CTG; avaliar a saúde mental, procurando sinais e sintomas de ansiedade e/ou depressão. De seguida, enunciamos os diagnósticos adequados a cada grávida/casal e definimos os objetivos e as intervenções. Relativamente às intervenções, fornecemos informação ajustada aos défices de conhecimento encontrados, através de intervenções do tipo ensinar. Aquando do diagnóstico “Abuso do tabaco”, incentivamos a cessação tabágica e informamos a grávida e/ou o companheiro sobre a consulta de cessação tabágica. Para além do enunciado, procedemos à realização de intervenções resultantes de prescrição, tais como, orientar para repouso, absoluto ou relativo, no leito, e administrar medicação (ICN, 2019).

No que respeita à administração de medicação para prevenir o PPT, o fármaco mais utilizado, por ser considerado terapêutica de primeira linha e possuir uma boa relação custo-benefício, era a nifedipina, um inibidor dos canais de cálcio, administrado PO, na fórmula de cápsulas de libertação rápida. Um outro tocolítico era o atosiban, um inibidor dos recetores de ocitocina, administrado por via EV e segundo o protocolo do serviço. (ACOG, 2016; NICE, 2015b; Sentilhes et al., 2017).

Pudemos constatar que a prescrição médica de corticosteroides visava minimizar a severidade das doenças pulmonares fetais, especialmente em casos patologia materna, como a hipertensão e/ou diabetes. Para além dos efeitos na maturação pulmonar fetal, apresentam benefícios relativos a outras possíveis complicações fetais, como a hemorragia intraventricular e a sepsis neonatal. Pelos motivos descritos, a literatura revela que estão altamente recomendados sempre que se prevê a ocorrência do parto entre as 26 semanas e as 33 semanas e 6 dias de IG, podendo ser também administrados em IG mais precoces ou tardias. Dos dois corticosteroides aconselhados na literatura disponível, a dexametasona e a betametasona, no CMIN está protocolado o uso de betametasona, apesar de não haver

evidência de superioridade de um em detrimento do outro, a diferença está na dose e intervalos de administração. Tivemos a experiência de administrar a betametasona em duas doses de 12mg com intervalo de 24 horas. No entanto, quando as grávidas vinham transferidas de outras unidades hospitalares e tinham iniciado o protocolo da dexametasona, administrávamos doses de 6mg, até perfazer um total de quatro doses, em intervalos de 12 horas, ambos por via IM (ACOG, 2016; NICE, 2015b; OMS & UNICEF, 2017; Sentilhes et al., 2017). Os dois fármacos têm como efeitos secundários alterações no traçado CTG (Sentilhes et al., 2017) e hiperglicemia materna (OMS & UNICEF, 2017; Sentilhes et al., 2017), pelo que a monitorização da glicemia capilar em grávidas com o diagnóstico de diabetes assumiu grande relevância.

Ainda relativamente à administração de medicação, como uma atividade resultante de prescrição, em gestações inferiores a 31 semanas e 6 dias, quando se previa o parto iminente (nas 24 horas seguintes) procedemos à administração de sulfato de magnésio para neuroprotecção fetal, de forma a diminuir o risco de paralisia cerebral no RN, conforme prescrição médica. A sua administração EV consistia num bólus de 4gramas durante 15 minutos, seguido de perfusão contínua a 1grama por hora até ao parto ou durante 24 horas, o que ocorresse primeiro. Salientamos que os cuidados e a vigilância realizados foram idênticos aquando da administração do sulfato de magnésio para prevenção da eclâmpsia (ACOG, 2016; NICE, 2015b; OMS & UNICEF, 2017).

Outra intervenção comum era o repouso no leito, relativo ou absoluto, conforme prescrição médica. Esta prescrição surgia associada a diferentes diagnósticos, como a pré-eclâmpsia, a RPM, a APPT, o TPPT, entre outros. Porém, como esta prescrição não reúne o consenso em toda a literatura, e pelos efeitos nefastos, sobretudo a nível psicológico que a mesma acarretava nas mulheres, decidimos conhecer melhor a sua necessidade e eficácia.

Numa *guideline* desenvolvida pela FIGO (2016) sobre as doenças hipertensivas na gravidez, encontramos descrito que algum repouso no leito poderá ter algum efeito na prevenção da pré-eclâmpsia, contudo referem que não é possível estabelecer uma relação causa-efeito nos estudos analisados pela fraca qualidade dos mesmos. Um outro documento da OMS relativo à pré-eclâmpsia e eclâmpsia concluiu que não se recomenda aconselhar repouso no leito, seja em casa ou no hospital, para tratamento ou prevenção destas patologias (OMS, 2014b). Relativamente ao PPT (ACOG, 2016; Sentilhes et al., 2017) e à RPM (Jazayeri, 2018), vários autores concordam em afirmar que a evidência disponível até ao momento não recomenda a prescrição de repouso no leito para estas situações clínicas. De facto, diferentes trabalhos de investigação alertam para as possíveis consequências do repouso, absoluto ou relativo, no leito. Estes estudos referem consequências físicas, como aumento do risco de eventos tromboembólicos, atrofia muscular, perda de peso, diminuição da densidade óssea, fadiga e alterações do sono, psicológicas, como distúrbios da ansiedade e depressão, sociais e financeiros (Bendix, Hegaard, Bergholt, & Langhoff-Roos, 2015; Janighorban, Heidari, & Dadkhah, 2018; Jazayeri, 2018). Como comprovado pela evidência

científica, esta intervenção acarreta sérios riscos para a grávida, para o feto e para a família, podendo iniciar ou agravar uma cascata de eventos que culmina, em último caso, no que se está a prevenir, o parto prematuro. Associando o referido à falta de evidência que comprove os seus benefícios, a evidência encontrada não recomenda o repouso no leito em nenhuma patologia obstétrica conhecida (ACOG, 2016; Bendix et al., 2015; FIGO, 2016; Janighorban et al., 2018; OMS, 2014b; Sentilhes et al., 2017). Apesar de a evidência ser clara, a prescrição de repouso no leito continua a verificar-se na prática clínica, conforme observamos durante este módulo e confirmamos no estudo desenvolvido por Bendix et al. (2015). Neste estudo, os autores concluíram que a maioria dos obstetras e EESMO recomendavam algum tipo de repouso no leito para a maioria das complicações obstétricas, mas, não obstante, poucos afirmaram acreditar que a mesma tenha o efeito desejado.

Desta forma, sempre que a equipa médica prescrevia repouso no leito, discutíamos com a equipa de enfermagem e médica a pertinência desta intervenção e advogávamos pela mulher, no sentido de a evitar ou de ser permitido um repouso relativo, onde podia realizar algumas atividades fora da cama, como a higiene pessoal. Nas situações em que tínhamos que orientar a grávida para qualquer grau de repouso no leito, avaliávamos com especial atenção a saúde mental da mulher e do casal, procurando sinais de ansiedade e depressão, e o foco da ligação mãe/pai-filho pelos riscos evidenciados anteriormente. Quando identificávamos algum dos diagnósticos Risco de Ligação mãe/pai-filho comprometido ou Ansiedade (ICN, 2019), que era comum, comunicamos à equipa médica e desenvolvemos as intervenções consideradas pertinentes naquele casal e que enunciamos previamente. Para além do referido, instruíamos, treinávamos e incentivávamos a realização de exercícios passivos e ativos no leito quando permitido, encorajávamos a realização de atividades de lazer, como ler, ouvir música e outras do interesse da grávida, incentivávamos e facilitávamos, dentro do possível na dinâmica do serviço, a visita e presença de familiares, amigos e dos filhos mais velhos, independentemente da idade dos mesmos. De forma a possibilitar a presença de um acompanhante no período noturno, negociávamos com a mulher a possibilidade de a transferir para um quarto individual, informando-a que, em contrapartida, ficaria sozinha quando as visitas e/ou o acompanhante não estivessem presentes. Em suma, tentávamos tornar esta experiência o mais prazerosa possível para o casal, respeitando, quando possível, as suas vontades.

Como é possível constatar ao longo deste capítulo, a grávida não era o único alvo dos nossos cuidados. A referência ao casal ou simplesmente ao companheiro da grávida e também à sua família era uma constante. Como explicado no primeiro capítulo, o apoio familiar pode ser facilitador ou dificultador das transições pelo que era sempre valorizado e facilitado durante o módulo. É de ressaltar que o apoio e orientação dados ao companheiro eram, não só, no sentido de promover o seu envolvimento nos cuidados, mas também de valorizar o papel de interveniente que o mesmo representa no sistema de apoio à grávida. Na realidade,

o pai também está a vivenciar a transição para a parentalidade e, com o internamento da companheira, depara-se com novos desafios.

Acresce às responsabilidades familiares e sociais que já possuía, novos encargos, como tomar conta dos restantes filhos e da organização da casa sozinho e, simultaneamente, apoiar a mulher, durante toda a duração do internamento, que não raramente, se prolonga por semanas ou meses. Situação essa que acarreta, também, o risco de ansiedade e depressão, pela preocupação com o futuro da mulher e do feto, medo de não ser capaz de corresponder às expectativas e, tal como acontece com a grávida, está hipoteticamente comprometida a ligação da tríade mãe-pai-filho.

A relação conjugal também sofre alterações devido à hospitalização de um dos elementos, o que constitui uma fonte de *stress* para a díade. Por forma a apoiar o companheiro, sempre que apropriado, dirigimos as nossas intervenções ao casal. Contudo, orientámos algumas intervenções, em especial as do foco ansiedade, para o pai, de forma a apoiá-lo da melhor forma na sua transição para a parentalidade durante o internamento da companheira (Janighorban et al., 2018).

Durante este módulo, um foco comum era o Conhecimento sobre a saúde (ICN, 2019). Ao avaliar este foco pretendíamos compreender a capacidade da mulher/casal para identificar sinais e sintomas da doença, nomeadamente sinais de alerta. Consequentemente, pretendíamos reforçar o envolvimento e a consciencialização do casal relativamente à transição que vivenciavam. A nossa competência era avaliar, detetar as necessidades e intervir com o objetivo de aumentar o conhecimento e, consequentemente, a consciencialização e o envolvimento no processo de cuidados e a sensação de autocontrolo do casal. Quando diagnosticávamos Potencial para melhorar o conhecimento (ICN, 2019) em alguma área, delineávamos intervenções do tipo ensinar que considerávamos mais apropriadas ao défice encontrado, considerando as características próprias da grávida/casal, a IG e a patologia.

Esta avaliação e consequente intervenção eram essenciais para garantirmos a colaboração da grávida e do casal na identificação de sinais de alerta. A esfera deste foco de atenção é praticamente universal, pelo que era avaliado em todos os casais, sendo direcionado aos diagnósticos médicos de cada díade. Durante este capítulo abordamos os diagnósticos médicos que identificamos como mais frequentes, no entanto, tivemos ainda oportunidade de cuidar de grávidas com outras patologias o que enriqueceu ainda mais a nossa experiência. Na Figura 2 podemos observar a frequência das patologias encontradas durante este módulo, que garantiram uma experiência diversificada e recompensadora.

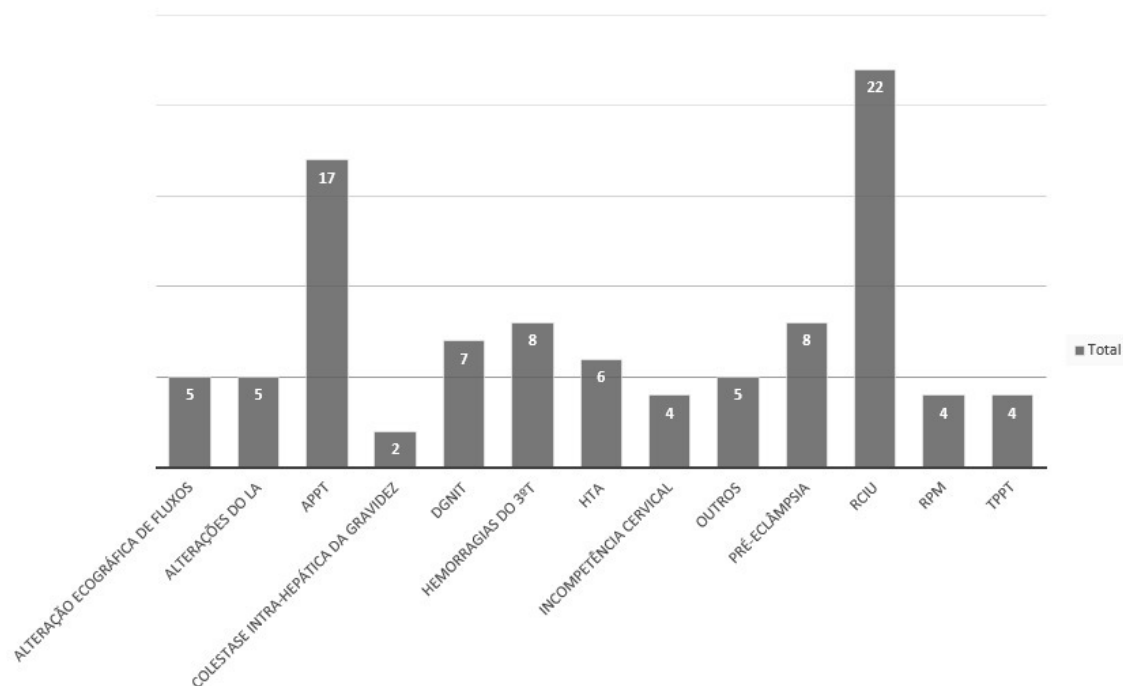


Figura 2 - Número de grávidas por diagnóstico de admissão

Salientamos que a diabetes gestacional, apesar de um diagnóstico comum, só constitui uma vez a principal causa do internamento. Por outro lado, quando referimos outras causas de internamento reportamo-nos a cinco casos, três cujos diagnósticos principais eram urosépsis, febre sem foco e agravamento da função renal em grávida transplantada renal e a dois internamentos de curta duração por falso início do TP. Incluímos nas hemorragias de terceiro trimestre os internamentos por placenta prévia e nas alterações do LA quer o diagnóstico de hidrâmnios, quer de oligoâmnios.

A análise dos motivos de internamento permitiu-nos comprovar, uma vez mais, as relações entre alguns diagnósticos que descrevemos ao longo deste capítulo. Isto deve-se ao facto de a maioria das grávidas apresentarem mais do que uma causa de internamento e, por exemplo, a associação entre uma doença hipertensiva e a RCIU surgiu em quatro situações, não contabilizando as patologias diagnosticadas já no internamento, pois só procedemos ao registo de cada grávida uma vez. Para além das situações descritas, tivemos a oportunidade de cuidar de seis grávidas com o diagnóstico de gravidez gemelar que apresentavam uma outra patologia concomitante, relacionada com o PPT (3) ou alterações ecográficas nos fluxos, com (2) ou sem (1) RCIU associada. Assim, por forma a resumir as experiências de contacto com grávidas, apresentamos na Figura 3 o número de grávidas com patologia (73) e sem patologia (103) que tivemos oportunidade de cuidar.

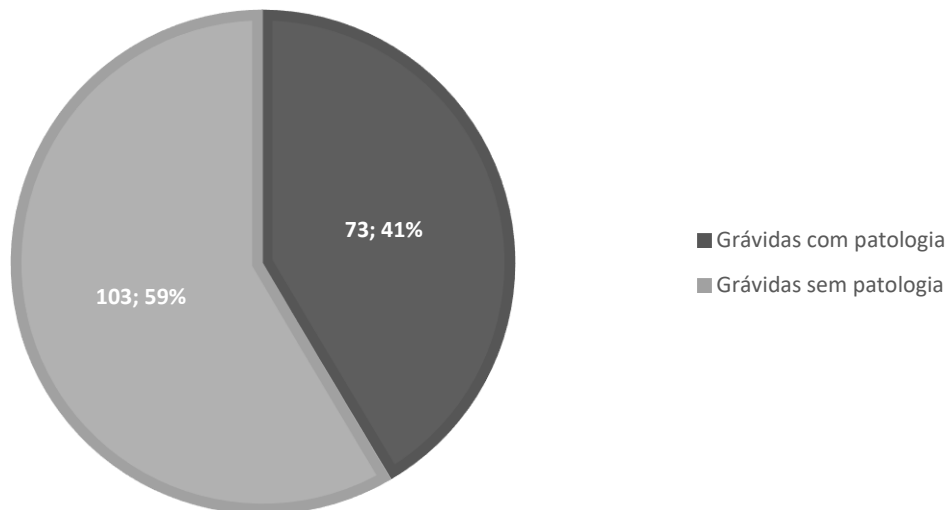


Figura 3 - Relação de grávidas cuidadas ao longo do estágio

No decorrer deste módulo tivemos a oportunidade de cuidar de muitas famílias numa fase extremamente delicada das suas vidas. A gravidez é encarada como algo de positivo e o feto, é a fonte principal de preocupação dos pais. Dada a simbiose entre eles, as patologias que afetam a gravidez influenciam a grávida e o feto. Desta forma, a carga emocional não pode ser descurada ao cuidar de grávidas de alto risco, cuja sobrevivência, delas e/ou do seu filho, pode estar em risco e foi este que constituiu o principal desafio dos cuidados especializados neste módulo.

De todas as dificuldades descritas ao longo do capítulo, apoiar emocionalmente estes casais, nomeadamente, os que experienciaram situações de luto, era a que mais exigia de nós como pessoas e profissionais. Cada casal que cuidamos foi único e acreditamos que aprendemos mais com cada um deles do que aquilo que lhes conseguimos proporcionar. A riqueza das interações e das emoções vivenciadas, neste módulo, permitiram-nos crescer como pessoas e como profissionais.

3. APOIAR O CASAL NO CULMINAR DOS MOMENTOS MAIS DESEJADOS: O TRABALHO DE PARTO E PARTO

O parto é o momento que define o final da gravidez e o início da aventura da parentalidade. Através do parto, ocorre o nascimento, que numa perspetiva sociológica muda a titularidade, a mulher passa a ser mãe e o homem passa a ser pai, pela existência de um filho. O que antes era um casal agora passa a ser uma família, com todos os sentimentos e emoções que esse fenómeno acarreta. Durante a gravidez a mulher e o feto preparam-se para aquele momento, que traduz o encontro mais esperado dos últimos meses e retrata o grande milagre da vida humana.

Neste módulo, que se revelou o mais desafiante, estimulante e recompensador, tivemos a oportunidade de desenvolver a competência H3 do regulamento de competências específicas do EESMO, que se especifica no descritivo “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.” (Portugal, 2011, p. 8664).

O serviço onde desenvolvíamos este módulo era o núcleo de partos do CMIN, cuja estrutura organizacional, em termos de espaço físico, era constituída por quatro secções: a urgência, a indução, as expectantes e as boxes de parto. Todas as grávidas iniciavam o seu percurso no serviço de urgência onde, após avaliação de enfermagem e médica, poderiam ter alta para o domicílio ou ser admitidas no serviço de cuidados especiais ou no núcleo de partos. Quando o médico decidia pelo internamento no núcleo de partos, a parturiente era encaminhada para a secção que a equipa de enfermagem considerava mais adequada ao estágio do TP em que se encontrava, consoante as vagas disponíveis.

Desta forma, era essencial conhecermos os dados relevantes para enunciar o diagnóstico de Trabalho de Parto Presente (ICN, 2019) e os respetivos estádios. O TP pode ser definido como “processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta” (ICN, 2019) e encontra-se dividido em três (NICE, 2014; OMS, 2018b) ou quatro (Fatia & Tinoco, 2016) estádios, conforme os vários autores. O primeiro estágio é considerado desde as primeiras contrações uterinas regulares, que causam alterações cervicais de extinção e dilatação do colo, até à dilatação completa, sendo a etapa mais longa do TP. Este estágio pode ser dividido em duas fases, a latente e a ativa, cujas definições e limites não são consensuais. A dilatação cervical dita a fase em que a parturiente se encontra e, segundo a definição mais tradicional, a fase latente compreende a dilatação dos zero aos quatro centímetros (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2014). Porém, os

estudos mais recentes mostram que só após os cinco centímetros a mulher se encontra em fase ativa, pois a progressão até aos cinco centímetros, nas primíparas e nas múltiparas, é mais lenta, as contrações são menos dolorosas e poderão não ser regulares (OMS, 2018b). Apesar destas recentes recomendações da OMS, constatamos que na prática clínica onde realizámos este módulo de estágio continuam a ser considerados os quatro centímetros. Não obstante, a literatura disponível é unânime ao afirmar que a progressão do TP é diferente nas primíparas, mulheres que experienciam pela primeira vez o TP, e nas múltiparas, mulheres que já tiveram, pelo menos, uma experiência de parto, sendo mais lenta nas primeiras (NICE, 2014; OMS, 2018b). A duração da fase latente varia de mulher para mulher, não estando descrito na literatura disponível um limite consensual para a mesma. Relativamente à fase ativa, caracterizada por uma mais rápida progressão da dilatação e contrações mais regulares e frequentes, tem uma duração máxima esperada de 12 horas nas primíparas e 10 horas nas múltiparas, considerando o seu início nos cinco centímetros (OMS, 2018b). Atingindo a dilatação completa, a parturiente entra no segundo estágio de TP, o período expulsivo, que termina com a expulsão do feto, ou seja, o nascimento do RN. A duração deste estágio compreende o culminar da descida do feto no canal de parto através de contrações uterinas expulsivas e esforços expulsivos maternos e varia conforme a paridade e a presença de analgesia por via epidural (NICE, 2014; OMS, 2018b). Nas múltiparas espera-se que o tempo decorrido entre a dilatação completa e a expulsão do feto não exceda as duas horas e nas primíparas poderá prolongar-se até às três horas (NICE, 2014; OMS, 2018b). Por outro lado, nas parturientes com analgesia epidural recomenda-se esperar uma a duas horas após a dilatação completa ou até que a mulher tenha novamente sensibilidade perineal e vontade para iniciar esforços expulsivos o que poderá aumentar a duração deste período (OMS, 2018b). O período compreendido entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta corresponde ao terceiro estágio e denomina-se de quitadura, podendo ter a duração máxima de uma hora (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2014; OMS, 2014a, 2018b). Por último, alguns autores defendem um quarto estágio, o puerpério imediato, que se inicia com a quitadura. Este compreende o período de hemóstase inicial que dura cerca de uma hora, durante o qual se recomenda uma maior vigilância materna (Fatia & Tinoco, 2016). Em suma, o TP é um processo fisiológico que decorre segundo uma sequência conhecida, contudo, a nossa experiência durante este módulo e a literatura disponível alertou-nos para a diversidade do TP. Desta forma, informamos as parturientes que tivemos a oportunidade de cuidar que o TP é dinâmico e único para cada mulher e que a duração esperada de cada estágio é variável e aplica-se a situações de baixo risco materno e fetal, na ausência de sinais de alerta (OMS, 2018b).

Após esta descrição sobre o quanto era importante relembrar os conhecimentos teóricos para poder desenvolver com maior segurança uma PBE, passamos agora a fazer uma descrição, o mais fiel possível, sobre como se desenvolveu o nosso percurso formativo neste módulo de estágio.

No início do estágio, em termos de integração, tivemos a oportunidade de experienciar o serviço de urgência. Relativamente às grávidas e ou parturientes observadas, sempre que oportuno e adequado ao motivo da sua vinda ao serviço de urgência e de acordo com a sua situação de grávida ou parturiente, ensinávamos sobre desconfortos da gravidez e prevenção dos mesmos, movimentos fetais, sinais de alerta, sinais de TP e contrações de TP vs. contrações de braxton-hicks. Além das intervenções do domínio do ensinar e instruir, também tivemos a oportunidade de apoiar a grávida ou parturiente através do esclarecimento de todas as suas dúvidas e preocupações, providenciando um cuidado holístico que visava, para além de dar resposta ao seu problema atual major, prevenir o aparecimento de outros. Tivemos, assim, a oportunidade de capacitar e empoderar a grávida ou parturiente a lidar da melhor forma com um problema, principalmente quando recorriam ao serviço de urgência e a equipa médica dava alta para o domicílio. Não obstante, quando a equipa médica recomendava a hospitalização, procedíamos à transferência para o serviço indicado, esperando que a nossa intervenção fosse continuada no local de destino.

Após admitida pelo serviço de urgência, ou vinda por transferência da unidade de cuidados especiais, a parturiente e o seu acompanhante significativo, eram acolhidos no núcleo de partos. O correto diagnóstico de TP e do estágio em que a parturiente se encontrava era importante para decidirmos o local mais adequado à mulher, de forma a gerir as vagas existentes, que, por vezes, se revelavam escassas. Assim, de uma forma geral, as grávidas internadas para indução de TP ficavam numa das três camas da secção de indução. As parturientes em fase latente de TP eram encaminhadas para a secção das expectantes, que tinha também a lotação de três camas. Por outro lado, as parturientes que se encontravam já em fase ativa ou no segundo estágio do TP eram acomodadas numa das boxes de parto individual.

A nossa postura durante o acolhimento integrava-se num dos objetivos de estágio ao procurar estabelecer uma relação empática com a mulher/casal. Desta forma, procurávamos criar uma relação de confiança, logo de início, para que se sentissem à vontade para questionar todos os aspetos que lhes suscitassem dúvidas. Adicionalmente, esclarecíamos sobre a estrutura orgânico-funcional e desmistificávamos as representações que poderiam trazer do exterior e que pudessem vir a ser nefastas para a sua autoconfiança.

A presença de um acompanhante, escolhido pela mulher, durante a duração do tempo total do TP é recomendada pela OMS (2014c, 2015b, 2015c, 2016, 2018b, 2018c) e está prevista na lei portuguesa desde 2014 (Portugal, 2014). O acompanhamento contínuo por uma pessoa significativa apresenta múltiplas vantagens que são evidenciadas na literatura disponível. Quando comparado com o TP sem acompanhante, o primeiro reduz a duração do TP, a taxa de partos distócicos e do recurso a analgesia regional e aumenta a satisfação da mulher com o TP e parto. Relativamente às vantagens para o RN, a presença de um acompanhante está associada à diminuição da probabilidade de um apgar inferior a sete aos cinco minutos após o parto (OMS, 2014c, 2016).

Em Portugal, se a presença do acompanhante colocar em causa a privacidade das outras parturientes a mesma pode não ser autorizada (Portugal, 2014). No entanto, no CMIN existiam ótimas condições físicas que permitiam a presença de um acompanhante 24 horas por dia durante todos os estádios do TP, independentemente do local onde se encontravam. Apesar de a mulher poder escolher qualquer pessoa significativa para a acompanhar, a nossa experiência durante este módulo permitiu constatar que normalmente o companheiro e pai da criança era a pessoa preferida.

A escolha preferencial do companheiro ou pai evidenciada ao longo deste módulo, reflete as conclusões de diferentes estudos encontrados. Por um lado, a mulher prefere ter do seu lado alguém da sua confiança, por outro lado, a presença do pai facilita o estabelecimento de uma ligação pai/filho saudável (Bohren, Berger, Munthe-Kaas, & Tunçalp, 2019; Lunda, Minnie, & Benadé, 2018). A mulher procura no acompanhante uma pessoa que demonstre carinho, compaixão, em quem ela confie para advogar em seu favor. Estas características permitem à mulher sentir-se confiante e segura, contribuindo para uma experiência de parto positiva. A escolha de uma figura masculina para a acompanhar no TP e parto é influenciada pela cultura onde o casal se insere e deve ser tomada antecipadamente e discutida entre o casal (Bohren et al., 2019). Durante este módulo tivemos a oportunidade de cuidar de algumas parturientes que eram acompanhadas pelo marido durante o TP, mas que o mesmo se ausentava sempre que ela era examinada e muitos durante o parto, por opção própria. Este facto relaciona-se com a perceção que um ou ambos os elementos do casal têm que testemunhar o parto irá impactar a vida sexual futura, com diminuição da libido, conforme evidenciado na revisão da literatura realizada por Bohren et al. (2019) e publicada na *Cochrane Library*. Independentemente dos motivos e da dinâmica definida pelo casal, a nossa atuação passou por assegurar uma tomada de decisão informada, que respeitasse a opinião de ambos, e garantisse que a vivência do TP e/ou parto constituísse um momento inesquecível, respeitador, unificador, que marcasse pela positiva os elementos do casal.

Também tivemos a oportunidade de cuidar de parturientes que escolheram familiares próximos, como a mãe ou irmã, ou amigas chegadas para as acompanhar neste momento. Independentemente da sua escolha, a vontade da parturiente era sempre respeitada e, quando possível, agilizou-se a troca temporária de acompanhante. Em todas as situações asseguramos a nossa presença e apoio, negociando, advogando e informando-a durante todo o TP sobre a evolução do mesmo e as escolhas possíveis, garantindo um cuidado individualizado e culturalmente competente. Desta forma, trabalhamos em conjunto com a mulher e o seu acompanhante, no sentido de lhe proporcionar uma experiência de parto positiva (OMS, 2016, 2018b).

De forma a facilitar o diálogo com o casal, era incentivada a comunicação do plano de parto. O plano de parto é um instrumento de comunicação entre a mulher e a equipa de saúde, que pode ser apresentado na forma escrita, verbal ou qualquer outra. Através do plano de parto, o profissional de saúde fica a conhecer as vontades da mulher em relação aos aspetos

que ela considerou mais importantes, de forma a respeitá-los. Em Portugal, o uso do plano de parto ainda não está bem difundido, apesar de recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2015b) e se encontrar legislado desde setembro de 2019 (Portugal, 2019). Apesar de recorrerem a nomenclatura distinta, plano de parto e plano de nascimento, ambos os documentos recomendam que durante a gravidez seja discutido, nos cursos de preparação para o parto ou nas consultas de vigilância materno-fetal, a realização de um plano de parto. Este poderoso instrumento serve como mote para a discussão com o casal das práticas e preferências durante o TP e parto, permite conhecer as suas opções, baseadas na evidência científica, e refletir sobre as mesmas. Contudo, durante este módulo, não tivemos a oportunidade de cuidar parturientes ou casais com um plano de parto pré-definido e discutido anteriormente, conforme recomendado. Não obstante, sempre que possível, discutimos com os casais as suas opções e preferências, ao longo do TP, realizando um plano de parto oral que era respeitado e assegurava uma prática de cuidados individualizados e culturalmente adaptados (OMS, 2018b; Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Portugal, 2019).

O acompanhante era incluído neste processo, quando era o desejo da mulher, e era incentivado a discutir os diferentes tópicos abordados, de forma a assegurar o envolvimento do mesmo. Durante esta discussão, abordávamos temas como a presença contínua ou não de acompanhante, a monitorização fetal, as técnicas para controlo da dor, as posições e mobilidade durante o TP e parto, o corte do cordão umbilical, o contacto pele a pele, os cuidados ao RN e o aleitamento materno (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Apesar de procurarmos realizar, em conjunto com a mulher, um plano de parto cuidado e refletido, nem sempre era possível devido a fatores como a dor não controlada e o parto iminente. Nestas ocasiões, optamos por questionar o essencial, à medida que se tornava oportuno. Em contrapartida, quando a mulher era internada para indução do TP ou numa fase muito precoce do mesmo, encontrávamos uma oportunidade para explorar e refletir com o casal o plano de parto. Desta forma, exponenciávamos neles a sensação de confiança e controle na tomada de decisão, essenciais a uma experiência de parto positiva (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson, & Kvist, 2013).

Em todos os módulos, era fundamental individualizar o nosso plano de cuidados, contudo, fazê-lo neste contexto revelou-se ainda mais importante e desafiante. Começando na admissão da mulher ao núcleo de partos até ao momento da alta, todas as intervenções eram planeadas e executadas em conjunto com cada uma delas, respeitando o facto de todo o TP de parto ser diferente e único e não existirem duas pessoas iguais. Para efeitos de desenvolvimento deste relatório, vamos adotar que quando nos referimos a casal, pode ser um outro acompanhante, que não o seu companheiro, à escolha da mulher.

O acolhimento do casal, como já referido, iniciava-se logo na admissão, procurando estabelecer desde o início, uma relação empática e de confiança. Posteriormente, apresentávamos a estrutura e instalações físicas do serviço, nomeadamente a localização das instalações sanitárias, da unidade da parturiente, dos vestiários para o acompanhante e

do corredor multifunções. Enquanto era dada oportunidade ao casal para se acomodar, consultávamos o processo clínico da parturiente e o boletim de saúde da grávida, onde obtínhamos informações sobre a gravidez atual, nomeadamente a IG, intercorrências da gravidez e análises e ecografias realizadas, bem como sobre o índice obstétrico e o índice de bishop na admissão ao serviço de urgência. Após esta consulta, colhíamos alguns dados relevantes junto da parturiente/casal, como: antecedentes de saúde, nomeadamente, patologias prévias ou não à gravidez, terapêutica administrada, grupo sanguíneo, alergias e doenças familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, hábitos de vida e história ocupacional, como a profissão e escolaridade e se frequentaram curso de preparação para o parto e/ou parentalidade. Para além destes dados, aproveitamos este momento de criação de uma relação empática com o casal, para o conhecer melhor a sua história de vida, sobretudo aspetos que pudessem ajudar a favorecer o seu empoderamento. Para tal, dialogávamos sobre o nome por que gostavam de ser tratados, a presença de acompanhante e qual o papel esperado do mesmo, o significado para eles daquela gravidez, experiências anteriores de gravidez, TP e parto, expectativas e emoções relativos ao TP e parto atuais e a existência ou elaboração de um plano de parto e respetiva discussão e reflexão, como referido anteriormente. Após conquistarmos a confiança do casal, identificávamos os diagnósticos de enfermagem considerados mais adequados a esse estágio e monitorizávamos o bem-estar materno, através dos sinais vitais, e fetal, através da CTG.

A OMS (2018b) e a NICE (2014) recomendam a monitorização intermitente do bem-estar fetal na parturiente em TP espontâneo, com recurso a doppler ou estetoscópio de Pinard. Contudo, apesar de não recomendarem a realização de CTG na admissão ao serviço de partos, pelo que nos era possível observar, esta recomendação nem sempre era cumprida. Por rotina e protocolo hospitalar, assim que era admitida no serviço e até ao parto, era realizada a monitorização contínua através de CTG, com pausas para alimentação e uso do sanitário, quando a situação clínica o permitia. Lembremos que o argumento de outros autores como Ayres-De-Campos et al. (2015) é que o não cumprimento destas recomendações pode ter impacto direto nos cuidados prestados e nas intervenções decorrentes da monitorização efetuada. Por um lado, quando realizada de forma rotineira na admissão ao núcleo de partos, a CTG aumenta a taxa de partos distócicos por cesariana, sem evidência de melhoria no desfecho perinatal. Por outro lado, a CTG realizada de forma contínua, por rotina, conduz ao aumento da taxa de partos distócicos (cesariana, fórceps ou ventosa).

Constatamos, ainda, que a *guideline* desenvolvida pela NICE em 2014 e atualizada em 2017 recomenda que a auscultação intermitente no primeiro estágio do TP seja realizada imediatamente depois de uma contração, durante um minuto, a cada 15 minutos. Esse documento aconselha ainda a monitorização horária da frequência cardíaca materna e o registo da FCF basal, acelerações e desacelerações, se existentes, em cada avaliação. Se durante a auscultação intermitente se suspeitar de um aumento da FCF basal ou

desacelerações, os autores referidos sugerem o aumento da frequência das avaliações e considerar possíveis causas para as alterações observadas. Se as suspeitas se confirmarem, recomendam iniciar monitorização contínua através de CTG, após discutir com o casal a sua necessidade. No entanto, algumas situações clínicas requerem a monitorização contínua do bem-estar fetal, nomeadamente taquicardia materna (acima de 120 batimentos por minuto em duas avaliações separadas em 30 minutos), pirexia materna (acima de 38°C ou acima de 37,5°C em duas avaliações consecutivas separadas em uma hora), hipertensão, suspeita ou confirmação de pré-eclâmpsia, suspeita de corioamniotite ou sépsis, presença de mecónio significativo ou espesso, percepção de dor com características diferentes da dor normalmente associada às contrações uterinas, perda de sangue vivo vaginal, diagnóstico de TP estacionário, hipertonia (contrações com duração superior a 60 segundos) ou taquissístolia (mais de cinco contrações em 10 minutos), ou uso de ocitocina (NICE, 2014). Para além do descrito, a Ordem dos Enfermeiros recomenda ainda a monitorização contínua nas situações de indução do TP e após administração de analgesia epidural (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Como referido, o protocolo hospitalar indica a monitorização contínua através de CTG de forma rotineira, o que contraria as recomendações de diversas instituições nacionais e internacionais. Desta forma, quando cuidávamos parturientes sem os critérios referidos, discutíamos com a equipa médica a pertinência da mesma e tentávamos sempre alongar ao máximo os períodos sem monitorização. O CMIN não possuía, ainda, CTG por telemetria, isto é, sem cabos a conectar os transdutores ao aparelho principal, pelo que, a deambulação ficava restrita ao alcance dos cabos. Por este motivo, era importante desconectar a parturiente por períodos, de forma a permitir a deambulação e alternância de posição essenciais ao desenvolver do TP. Sempre que a monitorização contínua era realizada, discutíamos com o casal a sua pertinência, explicávamos que o traçado de CTG nos dava informações importantes acerca da FCF e das contrações uterinas, que constituíam informações relevantes sobre o bem-estar fetal. Em simultâneo, assegurávamos ao casal que todas as eventuais decisões futuras relativas aos cuidados oferecidos seriam discutidas com eles e que não se iriam basear somente no traçado observado (NICE, 2014).

Sempre que a parturiente mostrava interesse, era incentivada a alternância de decúbito e a adoção de posições verticais, sentada na cama ou, quando possível, de pé ou na bola de pilates. O acompanhante era incentivado a apoiar a mulher durante a monitorização contínua, auxiliando na mudança de posição ou com recurso a outras estratégias de alívio da dor e promoção do TP.

A dor de TP constitui um foco de atenção de enfermagem, definido como uma “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.” (ICN, 2019). Esta dor é diferente de todas as outras pela conotação fisiológica e positiva que pode representar. A dor de TP é útil para guiar a parturiente, orientá-la sobre as necessidades do seu corpo e permitir a

progressão normal e natural do TP. Contudo, devido ao modelo biomédico instituído em Portugal, esta é vista como algo negativo, que tem de ser tratado. Esta perceção negativa tem perpetuado na nossa cultura e é dinamizada nos meios de comunicação social e nas experiências transmitidas por mulheres que já pariram, ou por experiências anteriores da própria. O nosso papel é ajudar a mulher a compreender a dor de TP como fisiológica e as estratégias que estão ao seu alcance para lidar com ela, que incluem métodos não farmacológicos e métodos farmacológicos (Coelho, Rocha, & Lima, 2017; S. Ferreira, 2016; Pedro & Oliveira, 2016a, 2016b; Prata, 2015). Desta forma, este foco era transversal a todos os planos de cuidados, ao qual se associou o foco Conforto (ICN, 2019), que visava a promoção do bem-estar físico e emocional da parturiente. Assim, garantíamos que o nosso foco não era a dor da mulher, mas sim a perceção, os significados e as crenças experienciados por ela, bem como as experiências anteriores e o desenrolar do TP atual. Em suma, o nosso foco era a mulher e o que ela estava a vivenciar.

A nossa atuação pautava-se por respeitar sempre o casal nas suas preferências, utilizando como principal estratégia o recurso ao diálogo. Desta forma, depois de lhes darmos a conhecer as vantagens e desvantagens associadas às diferentes estratégias, promovendo a tomada de decisão informada, optávamos por aquela ou aquelas que a parturiente/casal escolhessem em cada momento.

O conhecimento sobre gestão da dor de TP (ICN, 2019) era um foco da nossa atenção, quando considerado adequado ao estado da parturiente. A disponibilidade para aprender é essencial para o planeamento de cuidados associado a este foco e durante o TP pode haver períodos em que esta disponibilidade esteja reduzida. Assim, quando pertinente, era avaliado o conhecimento do casal sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Posteriormente, quando diagnosticávamos potencial para melhorar o conhecimento, realizávamos intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar sobre estratégias não farmacológicas e do tipo ensinar sobre estratégias farmacológicas (ICN, 2019).

Relativamente às estratégias não farmacológicas para alívio da dor, estas incluem: técnicas de relaxamento, como a respiração, o relaxamento progressivo dos músculos e música; técnicas manuais, como a massagem e aplicação de quente; e a hidroterapia, a mudança de posição e a deambulação (Coelho et al., 2017; S. Ferreira, 2016; NICE, 2014; OMS, 2018b). Das estratégias referidas, a hidroterapia, pela ausência de chuveiro nas boxes de parto e existência de apenas dois chuveiros partilhados no serviço, não foi possível realizar durante este módulo, apesar dos benefícios amplamente descritos associados à mesma (Coelho et al., 2017; S. Ferreira, 2016; NICE, 2014).

O uso da respiração era utilizado como recurso para gerir a dor no TP e parece diminuir a ansiedade e o nível de dor (Cicek & Basar, 2017; Qumer & Ghosh, 2019) por permitir à mulher concentrar-se na sua respiração e não nas contrações. Para além disto, aumenta a consciencialização da mulher em relação ao seu corpo e proporciona uma participação ativa

da mesma no TP. A conjugação destes fatores parece contribuir para a diminuição da duração do TP (Cicek & Basar, 2017). Como demonstrado no estudo randomizado controlado realizado por Cicek & Basar (2017), este método não exige qualquer conhecimento prévio e pode ser ensinado, instruído e treinado durante a fase latente do TP. No entanto, sempre que a parturiente já se encontrava familiarizada com o mesmo, o seu uso era mais facilitado, principalmente se a admissão ao hospital acontecesse após a fase latente. Assim, na admissão da parturiente questionávamos sobre o conhecimento deste método e o desejo de o usar, ou não. Sempre que era desejo da parturiente, desenvolvíamos intervenções de enfermagem no sentido de capacitar a mulher no uso da respiração para lidar com a dor. No mesmo sentido, incentivávamos o acompanhante a participar ativamente, instruindo-o sobre a forma correta de o fazer.

Ao método anterior, seguíamos as orientações de que os casais podiam associar outros métodos, como a massagem. A massagem promove o relaxamento muscular, diminui a ansiedade e a sensação de fadiga muscular devido ao efeito sedativo e analgésico que produz. Para além do referido, conduz ao aumento da consciência corporal pela parturiente e permite a participação ativa do acompanhante, o que aumenta a sua sensação de controlo e satisfação (Coelho et al., 2017). Este método era instruído e treinado com o casal, de forma a permitir a participação ativa de todos os intervenientes (NICE, 2014).

Uma outra estratégia utilizada por alguns casais era a música durante o trabalho de parto. O recurso à música apresenta vantagens durante a gravidez, como a diminuição da pressão arterial e frequência cardíaca, redução dos níveis de ansiedade, *stress* e depressão. Durante o TP, o estímulo auditivo parece impedir os canais de transmissão da dor, o que conduz à diminuição da reação ao estímulo doloroso e bloqueia a perceção da dor (Chuang et al., 2018). No CMIN as boxes não estão adaptadas com sistema de som e o hospital não disponibiliza nenhum tipo de equipamento para o efeito, pelo que não era uma estratégia fácil de implementar. Contudo, se antigamente para se ouvir música era necessário possuir equipamento especializado, atualmente o telemóvel e a vontade de o fazer são suficientes. Desta forma, quando a mulher se encontrava motivada para o uso da música, e caso não o tivesse feito anteriormente, era incentivada a selecionar um conjunto de músicas a seu gosto. Conforme os recursos disponíveis em cada situação, colocávamos a música a tocar num volume adequado. O uso da música difere da musicoterapia na medida em que o último requer um profissional treinado e um conhecimento profundo dos gostos e características da mulher, por forma a selecionar cada música com um efeito terapêutico específico. Não obstante, a evidência científica demonstra que uso de música selecionada pela mulher apresenta, por si só, resultados positivos no controlo da dor no TP, pelo que era um recurso durante este módulo (Chuang et al., 2018; S. Ferreira, 2016).

Como alternativa ou coadjuvante de métodos já referidos, recomendávamos, também, a mobilidade da parturiente. Apesar de não estar claro o mecanismo de ação deste método relativo à dor, a mobilidade e o recurso a posições verticais parecem reduzir a duração da

fase ativa de TP, o que reduz o tempo de exposição à dor e diminui a necessidade de técnicas farmacológicas. Esta técnica é útil por permitir a mobilidade dos ossos da bacia o que facilita a descida e rotação fetal. Idealmente, a parturiente seria livre de movimentos, podendo adotar um enorme conjunto de posições verticais como, de pé, sentada, de joelhos, de cócoras, debruçada, ou outras posições, como deitada, para descanso. No entanto, apesar da evidente vantagem da liberdade de movimentos e da adoção de uma posição vertical, onde a gravidade auxilia e acelera o TP (Coelho et al., 2017; OMS, 2018b), tal não se verifica em contexto real (Green, 2015; Silva et al., 2016; Zileni et al., 2017). A presença de bolas de pilates, camas elétricas, acompanhante, um corredor facilitador da deambulação e quartos individuais, como fatores facilitadores da mobilidade no TP, contrastavam com a realização de CTG sem telemetria e praticamente contínuo. A analgesia epidural em perfusão como protocolo de serviço e em doses que impediavam a sensação dolorosa e motora dos membros inferiores e, consequentemente, a deambulação era, também, um fator dificultador. Associado a estas limitações, denotava-se falta de conhecimento, motivação ou cansaço por parte das parturientes em relação às vantagens deste método, o que conduziu a que, por vezes, fosse recusado, mesmo após ensinar sobre o mesmo, em caso de défice de conhecimento.

Não obstante, realizávamos um esforço contínuo junto dos casais e da equipa médica de forma a facilitar a mobilidade vertical das parturientes, se essa fosse a vontade das mesmas. Algumas estratégias utilizadas eram colocar a bola de pilates junto ao aparelho de CTG, assistir na deambulação junto ao aparelho de CTG, assistir na mobilização na cama recorrendo a diferentes posições verticais (sentada, de joelhos, de cócoras ou agachada, apoiando-se na cabeceira da cama) ou, quando as posições verticais não estavam recomendadas, assistir na mobilização na cama recorrendo à alternância de decúbitos laterais e semi sentada, quando possível, com mobilização ativa ou passiva dos membros inferiores. Em associação, advogávamos pela parturiente junto da equipa médica, solicitando a redução da analgesia epidural para permitir a deambulação ou o retorno da mobilidade dos membros inferiores, essencial em todo o TP e negociávamos a realização de CTG, aumentando o período de pausa sempre que tal fosse possível. Uma vez mais, sempre que o casal desejava, o acompanhante desempenhou um papel essencial, ao auxiliar a parturiente nas diferentes posições que a mesma adotava, após ter sido ensinado, instruído e treinado sobre como o fazer.

O melhor método para alívio da dor será aquele que, em determinado momento ao longo do TP, ajudar a parturiente a lidar com as suas sensações. Esse método provavelmente irá variar e é espectável que o que resulta na fase latente poderá não ser eficaz no segundo período do TP, por exemplo. Desta forma, incentivávamos a parturiente a experimentar e alterar a estratégia sempre que quisesse, o que, por vezes, incluía os métodos farmacológicos de alívio da dor.

As opções farmacológicas existentes são variadas e a sua seleção depende de fatores como o estágio do TP naquele momento, antecedentes e alergias maternas, possíveis efeitos secundários e a preferência da mulher. Assim, as opções mais comuns eram a analgesia sistêmica e a analgesia loco-regional (Guerra, 2016; NICE, 2014; OMS, 2018b). Este último subdivide-se em analgesia epidural ou sequencial. A primeira consiste na colocação de um cateter no espaço epidural, a segunda caracteriza-se pela administração de medicação no espaço subaracnoide e posterior colocação de cateter no espaço epidural, recorrendo a uma só punção (Guerra, 2016). O Quadro 1 resume as vantagens, desvantagens e os fármacos mais utilizados nos diferentes métodos farmacológicos.

		Vantagens	Desvantagens	Fármacos
Sistêmica		<ul style="list-style-type: none"> - Fácil administração; - Baixa incidência de complicações relacionadas com a administração; - Mínima monitorização de parâmetros vitais; - Possível em todos os estádios do TP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eficácia mais reduzida; - Maior incidência de efeitos secundários maternos, fetais e neonatais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Petidina (IM ou EV) - Remifentanil [EV - <i>Patient Controlled Analgesia</i> (PCA)] - Protóxido de azoto (inalatória)
Loco-regional	Epidural	<ul style="list-style-type: none"> - Maior eficácia; - Sem risco de alteração do estado de consciência e/ou sedação; - Permite administração contínua ou intermitente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não recomendada na fase latente do TP; - Monitorização dos parâmetros vitais importante; - Possibilidade de lombalgias; - Punção acidental da dura-máter. 	Mistura analgésica: <ul style="list-style-type: none"> - 1 Anestésico local (cloridrato de ropivacaína ou cloridrato de levobupivacaína); - 1 Opióide (citrato de sufentanil).
	Sequencial	<ul style="list-style-type: none"> - Todas as vantagens da analgesia epidural; - Início de ação rápido; - Possível em todos os estádios do TP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior possibilidade de efeitos secundários; - Monitorização dos parâmetros vitais essencial; - Possibilidade de lombalgias e cefaleias. 	

Quadro 1 - Resumo das vantagens, desvantagens e fármacos mais utilizados nos diferentes métodos analgésicos (adaptado de Guerra, 2016).

Quando um casal solicitava um método farmacológico para alívio da dor procedíamos como explicado nos métodos não farmacológicos. Primeiro avaliávamos o seu conhecimento sobre estes métodos, nomeadamente as vantagens e desvantagens dos mesmos. Nas situações em que identificávamos potencial para melhorar o conhecimento, realizávamos intervenções do tipo ensinar, de forma a promover a tomada de decisão informada. A avaliação e consequentes intervenções referidas incluíam alguns tópicos transversais, designadamente: explicar que este tipo de analgesia não está associado a um primeiro estágio do TP mais longo nem a um aumento da taxa de cesariana; contudo, está associado a um segundo estágio mais longo e a um aumento na taxa de parto vaginal instrumentado; sendo acompanhado por uma maior monitorização materna e fetal o que poderá diminuir a mobilidade (NICE, 2014).

De seguida, em conjunto com o médico anestesiista, definíamos com o casal qual o método mais indicado e preparávamos o material necessário. Durante o procedimento, assistíamos o médico anestesiista e auxiliávamos a parturiente a adotar e manter um posicionamento facilitador de uma técnica segura, enquanto monitorizávamos os parâmetros vitais maternos e auscultávamos a FCF. Após a conclusão da técnica, assistíamos a parturiente a adotar uma posição facilitadora da correta distribuição do fármaco, normalmente semi sentada, e retomávamos ou mantínhamos a avaliação materna e fetal. A monitorização através de CTG era prontamente iniciada ou retomada, de forma contínua por um período mínimo de 30 minutos. Por outro lado, mantínhamos a avaliação dos sinais vitais, com ênfase na monitorização da TA a cada cinco minutos nos primeiros 15 minutos, pelo risco de hipotensão materna (NICE, 2014). De forma a prevenir esse efeito secundário, no início da técnica era colocada soroterapia em perfusão, que se mantinha após a conclusão da mesma. A vigilância de outros efeitos secundários, como náuseas, vômitos e prurido também era realizada após a administração do bólus inicial, pelo médico anestesiista, e aquando da administração de novos bólus, na administração intermitente, ou durante a perfusão, na administração através de *Patient-Controlled Epidural Analgesia* (PCEA), a mais utilizada no contexto deste módulo. Independentemente do método de administração, o bloqueio das fibras motoras é uma consequência possível, pelo que vigiávamos a função motora e, sempre que a mesma era compatível com a adoção de posições verticais, a parturiente era incentivada a adotá-las. Uma possível consequência inerente à diminuição da sensibilidade é a Retenção Urinária (ICN, 2019). Assim, apesar da Eliminação Urinária (ICN, 2019) constituir um foco da nossa atenção ao longo de todo o TP, após a administração de medicação por via epidural o risco de Eliminação Urinária Comprometida (ICN, 2019) aumenta. Considerando o impacto negativo que a formação de globo vesical pode ter na progressão fetal no canal de parto, eram estabelecidas intervenções de enfermagem como vigiar a eliminação urinária e sinais de retenção urinária, incentivar a parturiente a urinar de duas em duas horas e inserir cateter urinário (NICE, 2014). A algaliação era utilizada em último recurso, sempre que se diagnosticou retenção urinária ou quando a equipa médica o prescreveu.

Associado ao foco Dor, avaliávamos o foco Conforto que se relaciona com a “sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal.” (ICN, 2019). Mais do que ausência ou presença de dor, importava compreender a perceção de bem-estar da mulher e de que forma podíamos promove-la. Desta forma, compreendíamos que a ingestão de líquidos e sólidos era considerada por várias parturientes um fator facilitador e causador de bem-estar. Contudo, nem sempre a mesma era permitida. No contexto onde este módulo se desenvolveu, as parturientes em fase latente do TP ou admitidas para indução do TP poderiam realizar uma refeição ligeira e ingerir líquidos e alimentos sólidos, conforme a sua vontade. No entanto, o protocolo hospitalar preconiza que as parturientes em fase ativa do TP só podiam ingerir líquidos claros, como água ou chá, e gelatina com um intervalo de cerca de uma hora e em reduzida quantidade. Esta restrição alimentar contraria as recomendações da OMS (2018b) que sugere que a vontade da mulher deve ser respeitada,

pela ausência de benefício comprovado na restrição de fluidos e alimentos, por via oral. Nesta recomendação salientam ainda que não se verificou nenhum caso da síndrome de mendelson num estudo desenvolvido com mais de 3000 parturientes, o que demonstra a sua baixa frequência. Esta síndrome consiste na aspiração de conteúdo gástrico para a árvore pulmonar durante a anestesia geral e constitui o maior risco e principal argumento contra a ingestão de alimentos, líquidos ou sólidos, durante o TP (OMS, 2014c, 2018b). Associado a esta restrição, normalmente encontrávamos a prescrição de fluidoterapia por via EV durante todo o TP ou com início na fase ativa do mesmo. Mais uma vez, a OMS (2014c, 2018b) refere, em dois documentos distintos, que a prescrição por rotina de fluidoterapia EV se encontra associada a maiores riscos do que benefícios, pelo que não a recomenda. Explica ainda que esta medida pode conduzir a uma sobrecarga hídrica e reduz a mobilidade materna, pelo que recomenda a ingestão livre de fluidos (OMS, 2014c, 2018b).

Nem todas as parturientes internadas estão na fase ativa do TP. Por diversos motivos, algumas mulheres são internadas na fase latente, ou para indução do TP. A indução do TP consiste na “iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o TP antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação.” [Direção Geral de Saúde (DGS), 2015a, p. 4]. Esta técnica está indicada em situações onde a terminação da gravidez é recomendada, não devendo ser uma forma de escolher a data do parto (DGS, 2015a; OMS, 2018b). Quando a parturiente era internada para indução, avaliávamos a consciencialização do casal sobre o estado de saúde e o conhecimento sobre o processo de indução, os riscos da técnica e dos possíveis fármacos e a eventual duração do processo. A decisão de induzir o parto e o método mais indicado a cada grávida eram tomadas pela equipa médica, sendo a nossa função advogar pelo casal, garantindo que possuíam todas as informações que desejavam sobre o assunto. O processo de indução normalmente associava-se a um internamento no núcleo de partos mais prolongado, pelo que aproveitávamos para discutir com os casais, de uma forma mais detalhada, o seu plano de parto e as alterações que poderiam experienciar decorrentes do início artificial do TP. Na realidade, o processo de indução implica uma maior vigilância materno-fetal, pelo que a monitorização contínua através de CTG e o repouso no leito estão recomendados, pelo menos, nas duas horas seguintes à administração da medicação (DGS, 2015a; OMS, 2018b). Apesar de esta técnica poder ser realizada com recurso a métodos farmacológicos, por via vaginal (dinoprostona em dispositivo vaginal de libertação lenta, misoprostol em comprimidos) ou por via PO (misoprostol), e com recurso a métodos mecânicos, através de uma sonda foley introduzida no colo uterino (DGS, 2015a; Fonseca, 2016), durante o módulo não tivemos oportunidade de acompanhar grávidas cuja indução fosse com recurso a métodos mecânicos.

Após o início da dilatação e extinção do colo uterino, seja de forma espontânea ou artificial, é esperada a progressão e o aumento do score no índice de Bishop, de forma gradual, dinâmica e ao ritmo de cada parturiente. Contudo, nem sempre tal se verifica, podendo tratar-se de um TP estacionário. O diagnóstico de TP estacionário não é estanque, variando

conforme a fase do TP em que a mulher se encontra e pode ser realizado na fase latente ou ativa do primeiro estágio e ainda no segundo estágio do TP. De uma forma geral, consiste na ausência de progressão durante um determinado período de tempo, podendo ser causado por distocias mecânicas, definidas pelas condições fetais ou do canal de parto que impedem a normal descida fetal, apesar da dinâmica uterina regular, ou por distocias dinâmicas, definidas por disfunções na contratilidade uterina. Perante o diagnóstico de TP estacionário, o curso de ação era definido pela equipa de obstetras, sendo que, quando a condição materna e fetal o permitiam, o mais comum era prescrever o início/aumento de ocitocina sintética e/ou a amniotomia, por forma a acelerar o TP (DGS, 2015c; Fonseca, 2016; OMS, 2014c, 2018b).

Como referido, a aceleração do TP é um procedimento que se encontra indicado em situações específicas, como o TP estacionário, não devendo ser utilizado de forma rotineira para encurtar a duração do TP (DGS, 2015c; OMS, 2014c, 2018b). A administração de ocitocina sintética por via EV, a um ritmo inicial de 12 mililitros por hora e aumento progressivo do ritmo de perfusão até se atingir o objetivo de 3 a 4 contrações em cada 10 minutos era o protocolo de aceleração do TP com ocitocina utilizado durante este módulo. Antes de iniciar a perfusão de ocitocina avaliávamos o conhecimento do casal sobre o fármaco e sobre as implicações de iniciar a sua administração, como a necessidade de CTG contínuo, discutindo todas as opções existentes para cada parturiente. Após obtermos consentimento, iniciávamos a administração. Durante a administração contínua de ocitocina vigiávamos o bem-estar materno e fetal, através da monitorização dos sinais vitais e de CTG contínuo. A administração de ocitocina constituiu uma das indicações para a realização de CTG contínuo pelos riscos associados à mesma, nomeadamente a hiperestimulação uterina (Fonseca, 2016).

Sendo a ocitocina a hormona responsável pela contratilidade do miométrio e pela ejeção do leite, compreende-se que a sua administração em doses elevadas para a parturiente pode conduzir a um estímulo uterino excessivo. Da mesma forma, as prostaglandinas usadas para induzir o TP podem desencadear uma reação semelhante. Esta resposta pode verificar-se pela ocorrência de dois fenómenos, a taquissístolia e a hipertonia. O primeiro define-se pela ocorrência de, em média, cinco ou mais contrações em 10 minutos, num período superior a 30 minutos (Ayres-De-Campos et al., 2015) e o segundo caracteriza-se pela existência de contrações com duração superior a dois minutos. Qualquer um destes diagnósticos constitui um risco acrescido de hipoxia fetal pela diminuição da oxigenação placentar, pelo que a monitorização da FCF era essencial. A ocorrência de ambos os fenómenos era comum durante o módulo e as intervenções decorrentes eram adequadas a cada parturiente. Interromper a perfusão de ocitocina, se aplicável; remover a prostaglandina, quando possível; assistir na adoção de decúbito lateral esquerdo pela parturiente; contactar a equipa médica; e, quando prescrito, administrar tocolítico (salbutamol EV) segundo protocolo hospitalar (Fonseca, 2016).

Quando indicado, associado à administração de ocitocina para acelerar o TP, realizávamos a amniotomia. Esta técnica consiste na rotura artificial das membranas, com recurso a uma pinça de Herff, e os seus principais riscos são o prolapso ou compressão do cordão umbilical, a possibilidade de infeção e o descolamento de placenta prévia oculta. Antes da sua realização assegurávamos que a parturiente apresentava, pelo menos, cinco centímetros de dilatação do colo do útero e que a apresentação se encontrava apoiada, por forma a reduzir o risco de prolapso ou latero-incidência do cordão. Consultávamos ainda o processo clínico da parturiente para perceber se existia alguma infeção ativa que contraindicasse a realização da amniotomia, como a infeção por herpes genital, VIH ou outras (Fatia & Tinoco, 2016). Para além da avaliação das condições clínicas referidas, avaliávamos o conhecimento do casal sobre a técnica, o seu objetivo e os seus riscos, e obtínhamos consentimento para a sua realização. Antes do procedimento, avaliávamos o colo uterino e a apresentação fetal, através do toque vaginal digital. Assim que a rotura acontecia, observávamos as características do LA, nomeadamente a sua cor, cheiro e quantidade, e procedíamos a uma nova avaliação do colo uterino e da apresentação fetal. A monitorização da FCF através do CTG era um ato contínuo ao longo do procedimento. No final, informávamos o casal da observação efetuada e registávamos a data e hora da rotura, as características observadas do LA e os parâmetros relativos à vigilância e monitorização do colo uterino, nomeadamente dilatação, extinção, consistência e posição, e relativos à apresentação fetal, nomeadamente a sua altura em relação às espinhas isquiáticas (planos de Hodge) e a posição e variedade da mesma (Fonseca, 2016).

A estática fetal define-se como a relação entre o feto, o útero e a bacia e pode ser definida em relação à atitude (flexão ou extensão), situação (longitudinais, transversais ou oblíquas), apresentação (cefálica-vértice ou face; pélvica-nádegas ou pés; ou espádua), ponto de referência (cefálica de vértice-espinha occipital; cefálica de face - fronte ou mento; pélvica de nádegas - crista sagrada; espádua - espaços intercostais), posição (direita ou esquerda) e variedade (anterior, posterior ou transversa). O conhecimento da estática fetal pode condicionar todo o TP na medida em que, por exemplo, uma situação transversa ou oblíqua, uma apresentação pélvica de pés ou uma apresentação cefálica de face cujo ponto de referência seja o mento são incompatíveis com o parto por via vaginal, constituindo indicações para cesariana. Em relação a um feto em apresentação pélvica de nádegas ou cefálica de face cujo ponto de referência é a fronte o parto vaginal é possível, contudo pode apresentar maiores riscos, pelo que deve constituir uma decisão informada, tomada em conjunto com o casal (Fatia & Tinoco, 2016; OMS & UNICEF, 2017).

A avaliação do colo uterino e apresentação fetal revelou-se essencial para compreender a evolução do TP e identificar possíveis desvios da normalidade que surjam no decorrer do mesmo. Através do toque vaginal, com a introdução dos dedos indicador e médio no canal vaginal, é possível avaliar a bacia materna, o colo do útero e a apresentação fetal. Esta avaliação está contraindicada perante o diagnóstico de placenta prévia e deve ser evitada

quando há rotura prematura de membranas, pelo risco acrescido de hemorragia e infeção, respetivamente. A avaliação através do toque vaginal era uma intervenção comum pelas informações úteis que produz, contudo, devido ao desconforto que causa na maioria das parturientes tentou-se realiza-lo o mínimo de vezes possível para cada parturiente, articulando com a equipa médica a sua realização. Sempre que possível, aguardava-se quatro horas entre novas avaliações e tentava-se que fosse a mesma pessoa a realizar o procedimento. A realização deste exame era sempre precedida do consentimento para a sua realização, onde era explicado a pertinência da avaliação naquele momento em concreto, assegurada a privacidade e dignidade da parturiente e explicado o que poderia suceder perante a avaliação efetuada (NICE, 2014; OMS, 2018b; OMS & UNICEF, 2017).

Um dos momentos mais aguardados pelos casais era a informação da dilatação e extinção completas, que marcavam o início do segundo estágio do TP e anunciavam que a hora de conhecer o seu filho estava cada vez mais perto. Mais uma vez, a singularidade de cada parturiente tornou-se evidente e a duração deste período variou entre poucos minutos e algumas horas.

Ao entrar neste período, era importante perceber a sensibilidade da parturiente e em que plano de Hodge se encontrava a apresentação fetal. Na primeira fase deste estágio era estimulada a descida da apresentação fetal e, quando necessário, aguardou-se o retorno de alguma sensibilidade pélvica compatível com o reflexo de Ferguson. Este reflexo surge quando a apresentação fetal pressiona os nervos sacrais ao comprimir o canal vaginal e permite a realização de esforços expulsivos maternos involuntários (Fatia & Tinoco, 2016; Prata, 2015). Quando este reflexo não estava presente, situação comum em parturientes com analgesia por via epidural contínua e/ou com bólus recente, optou-se por aguardar pelo menos uma hora até iniciar esforços expulsivos, quando a avaliação do traçado CTG era tranquilizador. Se após uma hora o reflexo continuasse ausente ou quando a avaliação fetal se alterava, incentivávamos a parturiente a iniciar esforços expulsivos guiados, através da manobra de Valsalva. Algumas desvantagens desta manobra são diminuir o aporte de oxigénio materno e fetal, conduzir à rápida exaustão materna e a baixos níveis de satisfação com o parto por diminuir a perceção de autocontrolo, pelo que, sempre que possível, era evitada. Uma estratégia para estimular o reflexo de Ferguson era facilitar a descida da apresentação fetal, que aumenta a compressão do canal de parto e a estimulação nervosa (NICE, 2014; OMS, 2018b).

Durante o TP o feto percorre um caminho que conduz à sua completa expulsão e implica um conjunto de movimentos cardinais, que num feto em apresentação de vértice são os seguintes: encravamento ou insinuação, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. O plano onde se encontrava a apresentação fetal no início deste período e a estática fetal influenciavam a duração do estágio. Os movimentos cardinais descritos eram aqueles que permitiam um feto em apresentação cefálica de vértice em posição direita e variedade anterior alcançar os menores diâmetros fetais e maiores diâmetros da bacia até

à expulsão completa do corpo. Quando o feto apresentava uma posição e variedade diferentes ou a apresentação cefálica não era de vértice, os movimentos a executar poderiam alterar e a descida era, normalmente, mais lenta. Algumas posições e movimentos maternos facilitam a descida gradual e correta do feto pelo que é importante, ainda no primeiro estágio do TP, incentivar e assistir a sua adoção (Fatia & Tinoco, 2016).

Contudo, apesar das posições verticais assumirem um papel ainda mais importante no segundo estágio, observava-se uma diminuição na sua utilização. Neste período, para além do contributo no alívio da dor e de outras vantagens referidas anteriormente, que se mantêm, surgem novos benefícios. A posição vertical adotada no período expulsivo aumenta os diâmetros da bacia, diminui os ângulos da curva do canal de parto, alinhando o feto com a bacia, e permite a ação da gravidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015b; Zileni et al., 2017). A sua ação conjunta facilita a descida e rotação fetal, o que estimula o reflexo de Ferguson que conduz a esforços expulsivos mais eficientes. Por último, uma das maiores vantagens destas posições consiste no aumento da perceção de autocontrolo e satisfação da mulher, sentindo-se envolvida e parte ativa do seu TP (Green, 2015; Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé, & Lagro-Janssen, 2013; Nieuwenhuijze, Low, Korstjens, & Lagro-Janssen, 2014; Prata, 2015; Silva et al., 2016; Thies-Lagergren et al., 2013; Zileni et al., 2017). Por este motivo, a OMS (2018b) e a NICE (2014) recomendam a sua adoção, mesmo em parturientes que recorreram a analgesia por via epidural. Contudo, conforme referido, o que observávamos na prática não correspondia ao recomendado pela literatura consultada. O mais comum era a parturiente realizar os esforços expulsivos em posição ginecológica ou semi sentada e o parto ocorrer nessa mesma posição. De forma a compreender como se processa a decisão em relação à posição da parturiente neste período e que tipo de fatores são considerados pelo EESMO e pela mulher nesse processo, decidimos desenvolver uma revisão integrativa da literatura que apresentamos no subcapítulo seguinte.

O recurso a posições não verticais e ao puxo dirigido podem conduzir mais rapidamente à fadiga e exaustão maternas. O foco Fadiga (ICN, 2019) era frequente, principalmente em situações de TP prolongado com vários dias de internamento, e condicionava a capacidade física e mental da parturiente para realizar esforços expulsivos. De forma a prevenir o seu aparecimento ou evitar o agravamento da condição, a parturiente era incentivada a iniciar os esforços expulsivos só no segundo estágio do TP, ensinando a técnica de respiração adequada nas situações que o reflexo de puxo surgia prematuramente. Para além disso, quando possível, aguardávamos pela sensação de puxo e promovíamos o puxo livre. A presença do acompanhante era essencial para ajudar a parturiente exausta, por facilitar a ligação emocional e apoio psicológico essencial nesta etapa. O descanso entre as contrações era promovido, permitindo que o casal aproveitasse esse momento para se preparar para a contração seguinte, num ambiente calmo, respeitador e adequado aos seus gostos (NICE, 2014; OMS, 2018b).

Através dos fenómenos de moldagem e dos movimentos cardinais iniciais, o feto progredia no canal de parto até atingir o quarto plano de Hodge, ao nível da vulva. Por esta altura, observava-se a coroação do feto e o movimento cardinal de extensão durante o qual a cabeça fetal se exteriorizava. As características do períneo eram observadas cuidadosamente e sempre que se constatava a presença de rigidez perineal, aspeto esbranquiçado e edemaciado num períneo que se mostrava frágil e com micro lacerações era realizada a episiotomia (Fatia & Tinoco, 2016).

A episiotomia consiste na realização de uma incisão no períneo posterior com o objetivo de aumentar a área de saída do feto. Este procedimento, outrora realizado por rotina, encontra-se agora recomendado apenas em situações clínicas específicas (NICE, 2014; OMS, 2018b). Para além do referido, relativamente à rigidez e/ou branqueamento do períneo, era realizada em situações de PPT, sofrimento fetal com necessidade de parto distócico instrumentado e macrosomia fetal. A evidência científica disponível refere que a realização da episiotomia não previne lacerações de terceiro e quarto grau e que a sua execução se encontra frequentemente associada a maiores taxas de deiscência da ferida, maior nível de dor e dispareunia no pós-parto, maior perda sanguínea pós-parto e risco aumentado de lesões do esfíncter anal e de incontinência urinária (NICE, 2014; OMS, 2018b; OMS & UNICEF, 2017).

De forma a reduzir os riscos associados ao procedimento, seguíamos as recomendações mais recentes da OMS. Assim, a técnica da episiotomia era executada através da realização de uma incisão medio lateral à esquerda no períneo posterior, com início na fúrcula e um ângulo aproximado de 45° em direção à tuberosidade isquiática, num movimento único. Aguardávamos o pico da contração durante o coroamento para a executar e a extensão da incisão era a mínima necessária para aliviar a resistência perineal, normalmente aproximadamente quatro centímetros (Fatia & Tinoco, 2016; NICE, 2014; OMS, 2018b; OMS & UNICEF, 2017). Durante esta fase, adotávamos estratégias para proteger o períneo ao colocar uma mão no períneo posterior, massajando com lubrificante quando necessário, enquanto a outra realizava a manobra de ritgen, para evitar uma deflexão rápida da cabeça fetal (OMS, 2018b; OMS & UNICEF, 2017).

Após a saída completa da cabeça, solicitávamos à parturiente que interrompesse temporariamente os esforços expulsivos de forma a pesquisarmos a presença de circulares cervicais do cordão umbilical (OMS & UNICEF, 2017). Este fenómeno, que atinge cerca de 29% das gestações de termo, encontra-se associado a um maior risco de morte in útero, principalmente se associado a nós verdadeiros do cordão. Assim, a presença circulares cervicais apertadas podiam comprometer o aporte de oxigénio fetal e conduzir a desacelerações prolongadas ou bradicardias sustentadas e, consequentemente a cesarianas de emergência (Peesay, 2017; Zbeidy & Souki, 2017). Durante este módulo observamos várias circulares cervicais nos diferentes partos e a nossa intervenção foi adequada à observação efetuada no momento. Nos casos de circulares largas passávamos o cordão pela

cabeça fetal, desfazendo a circular, ou passávamos o cordão pelos ombros, realizando o parto sem desfazer a circular. Quando nenhuma das opções anteriores era viável pela presença de uma ou mais circulares apertadas, procedemos à dupla clampagem e laqueação precoce do cordão umbilical, informando o casal do procedimento realizado e justificando o mesmo (OMS & UNICEF, 2017). O registo da presença de circular cervical, que incluía o número de voltas, se eram largas ou apertadas e se se observava concomitantemente nós verdadeiros era essencial.

Da mesma forma, procedíamos ao registo de possíveis alterações observadas no RN, nomeadamente, máscara equimótica, petéquias e hemorragia na conjuntiva que constituem as consequências mais comuns associadas a circulares cervicais (Peesay, 2017). Dos 48 partos realizados, surgiram sete oportunidades para desenvolver competências neste âmbito. Em quatro partos foi possível continuar sem proceder à laqueação prévia do cordão, contudo, três RNs tinham circulares apertadas, tendo um deles três circulares e outro duas circulares com a presença de nó verdadeiro do cordão umbilical. A laqueação à vulva foi executada nessas três situações. Relativamente às consequências neonatais observadas, o RN que apresentava concomitantemente nó verdadeiro do cordão apresentou um apgar ao primeiro minuto de quatro, ao quinto de sete e ao décimo minuto de oito. Os restantes apresentaram, no geral, bom apgar, tendo sido possível observar a presença de máscara equimótica e/ou petéquias nos RNs com circulares apertadas.

Depois de efetuar a pesquisa de circular cervical permitíamos que o feto completasse a rotação externa, restituindo à posição anterior. Posteriormente, apoiávamos a cabeça fetal com ambas as mãos e, encorajando a parturiente a puxar gentilmente quando sentisse a próxima contração, facilitávamos a saída do ombro anterior, ao mover a cabeça fetal no sentido posterior. De seguida, movíamos a cabeça fetal anteriormente, de forma a facilitar a extração do ombro posterior. A extração dos ombros fetais decorreu, na maioria dos partos, sem intercorrências, contudo, em alguns era possível sentir a cabeça a retrair (sinal de tartaruga) ou a força normalmente necessária para a extração dos ombros revelou-se insuficiente. Nestas situações era diagnosticada a presença de distocia de ombros, uma emergência obstétrica. Assim que detetávamos a distocia procedíamos à hiperflexão das coxas da parturiente sobre o abdómen, manobra de McRoberts, enquanto solicitávamos ajuda urgente. A manobra de McRoberts associada à pressão supra púbica e à realização ou extensão da episiotomia foram suficientes para resolver todas as situações observadas. Com a cabeça e ombros exteriorizados, amparávamos a expulsão da totalidade do corpo do feto, agora RN (OMS & UNICEF, 2017).

Durante este módulo foi possível cuidar 48 parturientes e assistir no seu parto eutócico. Para além do referido, participamos em 17 partos onde colaboramos com a equipa médica, dos quais 10 foram partos distócicos por ventosa, um parto distócico por fórceps e um parto pélvico. Os restantes cinco partos participados foram partos eutócicos, realizados em colaboração com elementos da equipa médica ou de enfermagem. Todas as 65 parturientes

em que assistimos ou participamos no parto foram acompanhadas por nós durante parte ou a totalidade do TP, tendo estabelecido uma relação empática com o casal e discutido o seu plano de parto. Desta forma, assegurávamos que todas as parturientes tinham presente um elemento advogado da sua vontade, com quem estabeleceram uma relação de confiança. O estabelecimento desta relação era relevante principalmente nos partos distócicos onde, devido à emergência da situação e à necessidade de mais profissionais no quarto, a comunicação com o casal, por vezes, era colocada em segundo plano e a ansiedade da mulher e do seu acompanhante aumentavam. Assim, durante o parto distócico, para além de colaborar e assistir o médico, mantínhamos o casal informado e garantíamos que, quando possível, os seus desejos eram salvaguardados.

Imediatamente após a expulsão completa do feto os pais eram felicitados e a hora do nascimento era registada, iniciando-se o terceiro estágio do TP, que termina com a expulsão da placenta, a dequitação.

Os primeiros minutos após o nascimento são essenciais para o RN na sua adaptação à vida extrauterina. Assim, tendo por base a evicção de procedimentos invasivos ou disruptivos do contacto entre a mãe o RN, mas assegurando o bem-estar de ambos, procedíamos a algumas intervenções, adequadas a cada díade. Após o nascimento, observávamos o RN e, sempre que o desejo materno, as condições maternas e fetais o permitiam, posicionávamo-lo em contacto pele a pele no abdómen materno, enquanto o secávamos e estimulávamos, se necessário. Na realidade, a maioria dos RNs começava a chorar espontaneamente cerca de 30 segundos após o nascimento, sendo que alguns necessitavam de estimulação no dorso para iniciar a respiração e apresentar o tão desejado primeiro choro. Se a estimulação não for suficiente para desencadear este reflexo, a evidência científica disponível recomenda a solicitação de ajuda, o corte imediato do cordão umbilical e o início de manobras de reanimação neonatal (OMS & UNICEF, 2017). Felizmente, durante este módulo, todos os partos em que assistimos a parturiente ou colaboramos com a equipa médica e foram necessárias medidas adicionais, o pediatra ou neonatologista estava presente no quarto de parto, pelo que não tivemos oportunidade de treinar estas competências em contexto da prática clínica.

Importa referir que tal situação se deve à articulação multidisciplinar existente no serviço e à avaliação peri parto por nós efetuada, em conjunto, ou não, com o médico obstetra da potencial necessidade de existir um pediatra no quarto de parto. Situações de suspeita de mal-estar fetal, traduzidas por um traçado de CTG não tranquilizador, suspeito ou patológico, partos distócicos, partos de feto pré-termo ou estimado baixo peso ao nascer, presença de mecónio significativo no LA, confirmação ou suspeita de infeção materna, diagnóstico pré-natal de patologia fetal, ocorrência de distocia de ombros e qualquer outra que pudesse comprometer a adaptação à vida extrauterina do RN constituíam condições para solicitar a presença do pediatra. No entanto, todos os partos são únicos e os acontecimentos no decorrer do mesmo são inesperados, pelo que estávamos sempre

preparadas para lidar com diferentes emergências. Em todas as ocasiões a sala de partos estava preparada para uma emergência, procedendo-se à verificação diária dos reanimadores, verificando-o novamente no final do primeiro ou início do segundo estágio do TP (OMS & UNICEF, 2017).

Como já foi referido, a maioria dos RNs que tivemos oportunidade de cuidar iniciaram o choro espontaneamente ou após estimulação no dorso, pelo que se priorizou o contacto e o estabelecimento da relação familiar. Após o nascimento, observávamos o RN e a parturiente, assegurando que ambos se mantinham estáveis. Assim, findo o primeiro minuto após o nascimento, avaliávamos o índice de apgar no RN. Este índice permite uma observação rápida das cinco principais características do RN relativamente à vitalidade do mesmo: a frequência cardíaca, respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. A cada um destes parâmetros era atribuída uma pontuação de zero a dois, sendo que pontuações mais altas representam melhor adaptação naquele parâmetro. Somando a pontuação referida obtínhamos um score final, que corresponde ao índice de apgar.

Segundo a literatura disponível, cerca de 90% dos RNs apresentam um score entre sete e 10 que significa que não houve dificuldade na adaptação à vida extrauterina (Freitas & Baptista, 2016; Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, uma pontuação final ao primeiro minuto entre quatro e seis representa uma dificuldade moderada na adaptação e um valor entre zero e três traduz uma dificuldade grave. A utilização deste índice é recomendada ao 1º, 5º e 10º minutos de vida, sendo um indicador da necessidade de reanimação neonatal. Contudo, não se recomenda protelar o início da reanimação pois a aplicação deste índice é secundária à necessidade de reanimação (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante este módulo surgiram apenas quatro situações de score igual ou inferior a sete ao 1º minuto, duas decorrentes da presença de circulares cervicais, conforme referido anteriormente, outra de um parto distócico por ventosa e outra de RN pré-termo. Nestas situações, procedíamos à clampagem imediata do cordão umbilical e iniciávamos as manobras consideradas necessárias.

Decorrido o primeiro minuto e assumindo uma boa adaptação à vida extrauterina, respeitávamos o desejo do casal em relação ao corte do cordão umbilical e realização de contacto pele a pele. Desta forma, após o primeiro minuto incentivávamos o pai, acompanhante ou a parturiente, conforme fosse o seu desejo, a proceder ao corte do cordão umbilical. Se fosse necessário proceder à colheita de sangue do cordão umbilical, para realização de gasometria ou, mais comum, colheita de células estaminais para o banco público ou privado, procedíamos à laqueação tripla do cordão e instruíamos o responsável pelo corte a fazê-lo entre os dois clampes mais próximos do RN. O *timing* do corte do cordão umbilical era discutido com o casal durante o TP, tendo sido explicado que a sua realização antes do primeiro minuto de vida se encontra associada a quadros de anemia neonatal e seria realizada em situações de emergência onde a intervenção no RN fosse necessária. Informávamos também que o corte tardio do cordão ou após deixar de pulsar se encontra associado a maior risco de hiperbilirrubinémia e policitemia, dificultando ou

impossibilitando a colheita de sangue do cordão umbilical se esse fosse o seu desejo. Na maioria das situações, o casal optava pelo corte do cordão entre o primeiro e o terceiro minuto, conforme recomenda a OMS (2018b), sendo que tal desejo era cumprido, sempre que possível. Quando a ligação entre a mãe e o filho era quebrada, através do corte do cordão umbilical, o RN era colocado ou mantido no abdómen materno, em contacto direto com a pele da parturiente, protegido por um lençol seco previamente aquecido e com um gorro na cabeça, de forma a minimizar as perdas de calor e diminuir o risco de hipotermia.

O contacto pele a pele entre mãe ou o pai e o RN apresenta inúmeras vantagens, principalmente quando realizado durante a primeira hora de vida. Durante este período, os níveis de catecolamina no RN estão elevados, o que o torna um ser alerta, atento e disponível. Estes atributos potenciam vários focos de atenção, tais como a amamentação, a vinculação e a ligação mãe/pai-filho (ICN, 2019). A díade mãe-filho apresenta uma simbiose única, com reações químicas e sensoriais invisíveis e essenciais. O RN aprende e conhece a mama da mãe e o seu cheiro característico, enquanto a mãe aprecia o seu filho e identifica o seu cheiro, de forma inconsciente, mas duradoura. O sistema hormonal de ambos funciona em harmonia, de forma a dar resposta às suas necessidades. Para além do referido, este contacto próximo, permite ao RN otimizar o processo de termorregulação, uma função ainda não totalmente desenvolvida nesta fase, e diminuir o *stress* do parto, contribuindo para um RN mais estável nos primeiros dias após o parto. A nível materno destacam-se ainda vantagens a curto prazo, como a diminuição da hemorragia pós-parto e da duração da dequitação, e vantagens a médio prazo relativas à maior perceção de autoeficácia na amamentação e menores níveis de *stress* no pós-parto (Widström, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019). Por forma a potenciar os efeitos benéficos desta intervenção, incentivávamos, apoiávamos e assistíamos as puérperas a iniciar a amamentação dos seus filhos, se esse fosse o seu desejo. A amamentação e o contacto pele a pele ininterruptos na primeira hora de vida são altamente recomendados (NICE, 2014; OMS, 2017, 2018b; OMS & UNICEF, 2020) e surgem como um dos dez passos essenciais para o sucesso da amamentação, conforme sugerido no póster elaborado pela OMS e UNICEF (2020).

Durante a primeira hora de vida do RN, o foco dos pais é o seu filho e este momento vital de interação familiar era respeitado, sempre que possível. Não obstante, o nosso foco era o bem-estar da parturiente e do nascituro. Desta forma, durante o terceiro estágio do TP mantínhamos a monitorização dos parâmetros vitais maternos, observávamos alterações na cor da pele da parturiente, escutávamos a perceção de bem-estar da parturiente e vigiávamos a perda sanguínea vaginal. A dequitação, que consiste na expulsão da placenta, é o evento principal deste estágio. Esta pode ocorrer de forma fisiológica, no período de uma hora, sem intervenção por parte dos profissionais de saúde. Em alternativa, a evidência científica encontrada, recomenda a gestão ativa do terceiro estágio de trabalho de parto, que inclui a administração de uterotónicos, clampe e laqueação do cordão umbilical deferida do nascimento, mas prévia à cessação da pulsação, e a tração controlada do cordão umbilical

após sinais de separação da placenta. Esta última apresenta como vantagens a diminuição da hemorragia pós-parto, da sensação de náusea ou vômito e encurta a duração deste período em 30 minutos. Assim, discutíamos com os casais, durante o primeiro estágio do TP os seus desejos relativos a este estágio, nomeadamente se autorizavam a gestão ativa do mesmo, esclarecendo as vantagens da sua aplicação e que a mesma se encontra recomendada pela OMS (NICE, 2014; OMS, 2018b).

Com o consentimento dos casais, seguimos o protocolo da gestão ativa da dequitação em todas as situações. O mesmo iniciava-se pela administração de ocitocina EV após exteriorização dos ombros, seguido do clampe e laqueação do cordão, conforme explicado. De seguida, enquanto vigiávamos a parturiente e o RN e promovíamos a interação precoce supramencionada, após a realização das colheitas devidas, desclampávamos o cordão umbilical para permitir a drenagem de sangue e aguardávamos os sinais de descolamento da placenta. Desta forma, a tração controlada do cordão umbilical era antecedida de um ou mais sinais de dequitação, tais como, saída súbita de um jato de sangue pelo introito vaginal, contração uterina e mudança do útero para a forma ovoide com elevação do mesmo no abdómen, descida e aumento do comprimento do cordão umbilical. Ainda, realizávamos a manobra de Kustner, na qual colocávamos o bordo externo da mão a exercer pressão em direção à coluna vertebral no bordo superior da sínfise púbica e verificávamos o comportamento do cordão umbilical, se este retraísse para o introito vaginal era sinal que a placenta ainda não havia descolado. Quando percebíamos que a placenta se tinha separado do útero, solicitávamos à parturiente que realizasse pequenos esforços expulsivos e iniciávamos a tração controlada do cordão, em sentido descendente e com movimentos rotativos (manobra de Dublin) por forma a facilitar a exteriorização completa das membranas. O mecanismo de dequitação mais observado era o de Schultze, caracterizado pela exteriorização da superfície fetal em primeiro lugar e pela formação de um hematoma retro placentário, que é expulso após a saída da placenta. No entanto, foi possível observarmos em algumas situações o mecanismo de Duncan, que se caracteriza pelo aparecimento da face materna em primeiro lugar e a perda hemática contínua (Fatia & Tinoco, 2016).

Findo o processo de dequitação e iniciando-se o quarto estágio do TP, procedíamos à observação do canal de parto e da placenta. A ordem pela qual estes procedimentos eram realizados era definida pelas observações efetuadas no momento. Na situação ideal, em que a hemorragia materna era praticamente inexistente, procedíamos primeiro à observação cuidada da placenta, de forma a assegurar que nenhum cotilédone ou membrana ficaram retidos no útero e poderiam comprometer a hemóstase e contração do mesmo. Observávamos a presença de dois folhetos (córion e âmnio) e a integridade das membranas, a integridade dos cotilédones na placenta e a presença de cotilédones aberrantes, o local de inserção do cordão umbilical (central, lateral, marginal ou velamentoso) e a presença de nós verdadeiros ou falsos, o comprimento e o número e tipo de vasos (uma veia e duas

artérias) do cordão umbilical. Durante este módulo tivemos a oportunidade de observar uma situação de inserção velamentosa, alguns nós falsos, um nó verdadeiro do cordão umbilical e ainda a presença de artéria umbilical única em alguns RNs.

Mais raramente, quando a hemorragia materna era significativa e exigia uma intervenção mais célere, realizávamos ou solicitávamos a alguém que realizasse uma rápida observação primária, sendo posteriormente observada cuidadosamente, da placenta para perceber a integridade da mesma e das respetivas membranas e iniciávamos a avaliação do canal de parto. A hemorragia pós-parto define-se por uma perda sanguínea de 500ml ou superior nas primeiras 24h após o parto e pode ter, essencialmente, quatro causas distintas, atonia, retenção de produtos no útero, trauma vaginal, perineal ou uterino ou ainda distúrbios na coagulação materna. Ao deparar-nos com esta situação, comunicávamos à equipa médica, se a mesma não estivesse presente, e procurávamos identificar e tratar a causa. A atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto e, quando detetada, recomenda-se a realização de massagem uterina e administração de uterotónicos, como a ocitocina. Se fosse possível palpar o globo de segurança de Pinard, que indica que o útero está bem contraído, efetuávamos a revisão do canal de parto em busca de lacerações e explorávamos a cavidade uterina se suspeita de retenção de restos placentares ou membranas. Quando necessário, este último procedimento era efetuado pela equipa médica (OMS, 2014a). Não obstante o referido, o foco Risco de Hemorragia (ICN, 2019) era diagnosticado em todas as puérperas e as intervenções implementadas neste período para a prevenir eram as mencionadas acima relativas à gestão ativa da dequitação, associando-se a monitorização frequente dos sinais vitais maternos e da presença do globo de segurança de Pinard (OMS, 2014a).

A revisão do canal de parto constitui um passo essencial, quer na prevenção da hemorragia, quer na recuperação da mulher. A presença de episiotomia ou lacerações requer a observação cuidada das mesmas e a sua correção através da prática de sutura. Em 48 partos eutócicos assistidos por nós, observamos 13 períneos íntegros, foi necessária a realização de episiotomia em 20 parturientes, das quais em três se associou uma laceração de 1º grau e ocorreram lacerações de 1º grau em 15 partos. Foi possível praticar a técnica de sutura, através da episiorrafia ou perineorrafia em 19 parturientes. Não observamos lacerações de 3º e 4º grau, em uma ocasião foi possível observar uma laceração do períneo anterior e uma das lesões, pela sua localização perto do colo uterino, motivou a presença e correção pela equipa médica. Desta forma, sempre que era necessário realizar episiorrafia ou perineorrafia, informávamos a parturiente sobre o procedimento, obtendo o seu consentimento e pedindo a sua colaboração. Antes de iniciar a intervenção, reuníamos e disponhamos o material necessário, trocávamos o equipamento de proteção individual, lavávamos a região perineal com soro fisiológico e colocávamos um campo cirúrgico estéril na região do períneo posterior de forma a assegurar o máximo de assepsia possível à técnica. A técnica e o tipo de sutura eram adaptados e decididos em conformidade com as características da lesão e dos tecidos presentes e a analgesia local era assegurada pela

presença de analgesia via epidural ou através da administração de analgésico local em *spray* ou IM, conforme a avaliação da situação. O foco Ferida Cirúrgica ou Laceração (ICN, 2019) eram enunciados conforme se tratasse de uma episiorrafia ou laceração. Para além do referido, ensinamos sobre o autocuidado na região perineal e os sinais de alerta. Findo o procedimento, prestamos cuidados de higiene à parturiente, assistimo-la a vestir as suas roupas e colocamos a cama na sua forma completa, nas situações em que a mesma era desmontada.

Decorrida a primeira hora após o parto e terminados os procedimentos referidos, negociávamos novamente com o casal o momento mais oportuno para interromper o contacto pele a pele e avaliar o RN de uma forma mais cuidada. Conforme explicado, imediatamente após o parto é efetuada uma avaliação da adaptação do RN à vida extra uterina, contudo, nesta fase, pretende-se avaliar antropometricamente o RN e detetar malformações que não eram identificadas na primeira avaliação e não comprometeram o RN até ao momento. De referir que entre as duas avaliações o bem-estar do RN era continuamente monitorizado. Desta forma, associado ao foco Desenvolvimento Infantil (ICN, 2019) procedíamos à avaliação cefalocaudal e antropométrica do RN. Na primeira, efetuávamos a palpação das suturas cranianas e fontanelas, observávamos a presença de escoriações, *caput succedaneum* e/ou cefalohematoma no couro cabeludo, examinávamos o coto umbilical, nomeadamente a existência de três vasos (duas artérias e uma veia) e a reconfirmávamos a clampagem do mesmo. Adicionalmente, observávamos as características próprias da genitália feminina e masculina e a perfuração do ânus. Quando ocorreu a primeira micção e/ou dejeção na sala de partos, associou-se o seu registo a este foco de atenção. Relativamente à avaliação antropométrica, procedíamos à monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico. Todas as observações e medições efetuadas eram comunicadas aos pais, registadas no sistema informático e também no livro de Saúde Infantil do RN. Nesta fase era ainda administrada vitamina K (1mg IM) para profilaxia da hemorragia neonatal (OMS, 2017, 2018b) e aplicada pomada oftálmica (oxitetraciclina) para profilaxia da conjuntivite neonatal, após obtenção do consentimento dos pais. A colocação da pulseira de identificação era efetuada enquanto o RN se encontrava em contacto pele a pele com a mãe ou após a cessação do mesmo e era composta por uma pulseira com as informações maternas no pulso e uma pulseira eletrónica anti rapto no tornozelo. Após a realização destes procedimentos incentivávamos o pai a vestir o RN, se fosse o desejo do casal, e assistíamos no necessário.

Normalmente a díade puérpera e RN ficava na sala de partos durante duas horas após o nascimento, altura em que era transferida para o puerpério. Antes da transferência realizávamos nova monitorização dos parâmetros vitais maternos e observávamos a sutura, caso existisse, a presença do globo de segurança de Pinard e a perda sanguínea. Procedíamos também à remoção do cateter epidural e urinário, se presentes e ainda não removidos, à

higiene da zona perineal, oferecíamos uma refeição ligeira à puérpera e efetuávamos o primeiro levante, se existissem condições para tal e o desejo de o fazer.

Durante todos os estádios do TP eram vários os dispositivos médicos e intervenções autónomas ou interdependentes que aumentam o risco infeccioso materno e fetal. Por esse motivo, o foco Risco de Infecção (ICN, 2019) era transversal a todas as parturientes e à totalidade do TP. Por forma a minimizar esse risco eram adotadas algumas estratégias como reduzir as intervenções invasivas, nomeadamente o toque vaginal, a inserção de cateter urinário, a amniotomia e a inspeção da cavidade uterina; reforçar as boas práticas, através da higienização frequente das mãos; e lavar o períneo antes de cada procedimento. A administração profilática de antibiótico EV era uma intervenção dependente de prescrição normalmente associada à presença de *Estreptococos* do grupo B positivo, rotura de membranas superior a 18 horas, extração manual da placenta ou laceração de 3º ou 4º grau. Com efeito terapêutico, associou-se à presença de sinais de infeção, como febre e LA com odor fétido (NICE, 2014; OMS, 2015a, 2018b).

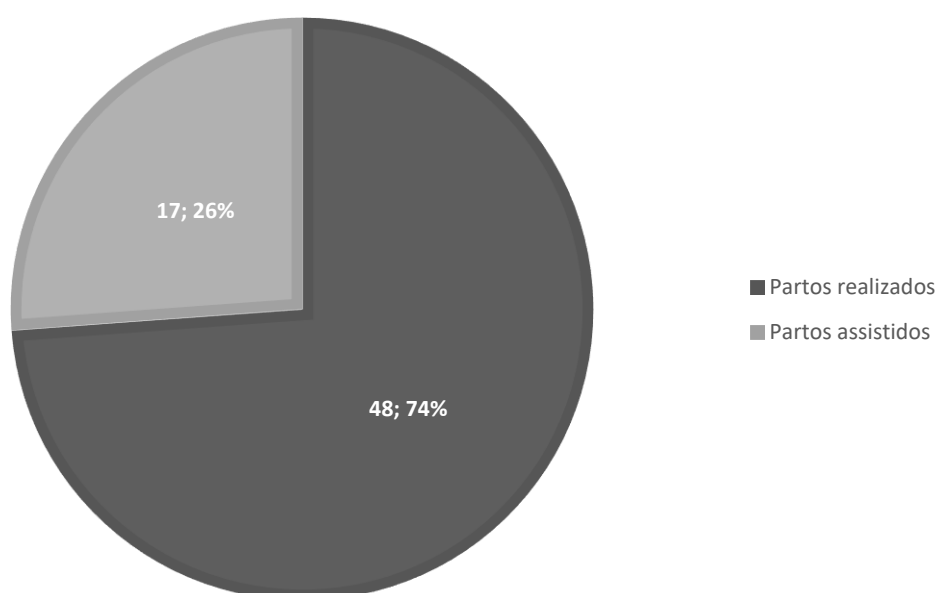


Figura 4 - Relação de partos realizados e assistidos

Conforme referido anteriormente e expresso na Figura 4, durante este módulo realizamos, em conjunto com a parturiente, 48 partos eutócicos, assistimos a equipa médica em 17 partos e acompanhamos um número muito superior de casais, em algum ou vários momentos do TP. Tivemos ainda a possibilidade de assistir a partos distócicos por ventosa e fórceps e ainda a um parto pélvico. Infelizmente não surgiu a oportunidade de assistir um parto gemelar nem de realizar ou assistir o parto de um nado morto. Relativamente às emergências obstétricas a sua presença enriqueceu a nossa experiência. A hiperestimulação uterina com compromisso por hipóxia fetal era a ocorrência mais frequente, sendo resolvida

em todas as situações, sem necessidade de parto emergente. Sugiram, também, casos esporádicos de distocia de ombros, resolvidos com recurso a manobras externas, e de hemorragia pós-parto, solucionada com a administração de uterotónicos, massagem uterina externa e/ou interna e correção de lesão. A crise eclâptica, o prolapso do cordão, a retenção de cabeça última no parto pélvico e a rutura uterina não foram observados, mas foram discutidos várias vezes em equipa, de forma a estarmos preparadas para a sua eventualidade. Relativamente à rutura uterina, apesar de não observado na primeira pessoa, durante a realização de analgesia epidural não monitorizada sucedeu uma rutura cujo desfecho neonatal não foi positivo. Após este acontecimento, mesmo as parturientes consideradas de baixo risco e com um traçado CTG tranquilizador eram aconselhadas a estar monitorizadas durante a realização desta técnica, o que contraria as recomendações relativas à monitorização intermitente da FCF e da realização de CTG contínuo durante, no mínimo, 30 minutos após a analgesia epidural, conforme discutido anteriormente.

Em várias ocasiões era possível observar uma diferença entre o protocolo hospitalar e as recomendações da literatura mais recentes encontradas. Consideramos que o protocolo hospitalar não é estanque e não dita as regras. Todavia, sempre que possível, em concordância com a nossa tutora, e sempre que a tomada de decisão pudesse estar no âmbito das nossas competências, enveredamos pela opção da melhor evidência científica, aliada à negociação e advocação pela expressão da vontade das mulheres. Por esse motivo, sempre que nos deparávamos com restrições e limitações impostas por protocolos que contrariavam as recomendações mais recentes disponíveis e a vontade das parturientes, provocávamos um debate saudável com todos os elementos da equipa de saúde.

Ao longo dos seis meses em que realizamos este módulo de estágio fomos compreendendo que algumas das decisões foram tomadas como medidas de precaução, não só para prevenir maus desfechos maternos e/ou neonatais mas também como medida de proteção legal. Esta situação, na prática, foi visível em vários momentos, nomeadamente na supervisão constante dos registos efetuados, selecionando cuidadosamente cada palavra escrita e registando, sempre cautelosamente, as diferentes intervenções; bem como as alterações e revisão de procedimentos e protocolos, como evidenciado no exemplo anterior.

Em suma, o contacto com a prática profissional na sala de partos permitiu desenvolver as competências não só técnico-científicas, como também deontológicas. Estamos conscientes que apesar da aprendizagem por simuladores ter vantagens e ser, numa fase inicial do processo de aprendizagem, uma mais-valia, nenhuma aula em laboratório ou modelo de simulação permite proporcionar a aprendizagem com a mesma riqueza e intensidade com que aprendemos ao longo deste módulo em estágio. Diríamos que a dimensão humana, subjacente à singularidade de cada pessoa e à especificidade cultural, cognitiva, intelectual, emocional e física de cada mulher/casal e RN, aliadas à experiência de vivenciar as práticas, na dimensão do cuidar, social e educativa, nos tornaram capazes de agir face à transição para a parentalidade que aquele casal, como único, experienciava.

Adicionalmente, o contacto com os diferentes profissionais, detentores de diferentes experiências anteriores, conhecimentos e formas de trabalhar, aliadas às intervenções, técnicas e rotinas que permeavam uma cultura profissional, foram a chave para a aquisição de competências profissionais que vão marcar, moldar e determinar a nossa forma de ser e agir, no futuro, de uma forma extremamente positiva ao longo do nosso percurso profissional.

Não obstante, ficamos com a sensação que poderíamos ter oferecido um maior leque de oportunidades relativamente à posição da parturiente no parto. Desta forma, decidimos investigar mais sobre esta problemática.

3.1. Revisão integrativa da literatura: a opção da mulher na posição do parto: a decisão partilhada para uma experiência de parto positiva

No âmbito do estágio de natureza profissional somos desafiados a desenvolver as nossas competências com base na mais recente evidência científica encontrada. Na prática de enfermagem deparamo-nos com problemáticas e dúvidas que esclarecemos recorrendo à investigação e, de seguida, alteramos a nossa prática com base nos resultados obtidos, isto é a PBE. Esta metodologia reconhece e assume que as nossas decisões raramente se baseiam somente na evidência, sendo influenciadas por juízos, valores e fatores individuais. Desta forma, compreendemos que a investigação e a prática andam de mãos dadas e influenciam-se mutuamente (ICN, 2012).

O ICN define PBE como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (2012, p. 10). A importância da prática do EESMO baseada na evidência é reforçada pelo enquadramento deontológico da profissão, que determina que o EESMO deve solidificar a sua prática profissional na atualização científica consolidada, avaliando frequentemente a evidência científica do seu trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Considerando a ação do EESMO na promoção da saúde da mulher em idade fértil, incluindo o cuidado durante a gravidez, TP e puerpério, e o seu dever deontológico de trabalhar em parceria com a mulher, capacitando-a para tomar decisões inerentes a estes processos (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), identificamos a necessidade de compreender a tomada de decisão relativa à posição da parturiente no momento do parto.

A OMS (2018b) recomenda que a mulher deve ser livre de escolher a posição ou posições que deseja adotar no segundo estágio do TP e que os profissionais de saúde devem apoiá-la e assisti-la na adoção da posição preferida. Refere ainda que a adoção de posições verticais se incluem no leque de opções a oferecer à mulher, mesmo em parturientes com analgesia via epidural (OMS, 2018b). As vantagens da verticalidade no segundo estágio do TP são inúmeras e incluem diminuir a percepção de dor, facilitar a descida do feto no canal de parto diminuindo a duração deste estágio, melhorar a oxigenação fetal por diminuir a compressão da veia cava, diminuir a probabilidade de trauma perineal, aumentar a sensação de controlo e a satisfação geral com o parto. No entanto, as posições horizontais continuam a ser as mais utilizadas neste período (Green, 2015; Nieuwenhuijze et al., 2014; Priddis, Dahlen, & Schmied, 2012; Thies-Lagergren et al., 2013; Zileni et al., 2017). Desta forma, decidimos problematizar a decisão relativa à posição da parturiente no segundo estágio de TP, por forma a compreender como esta se processa e que tipo de fatores se relacionam com a mesma.

3.1.1. Introdução à problemática

No passado o parto era realizado no conforto das casas, assistido pelas mulheres da família ou mulheres leigas da comunidade designadas parteiras. Devido à falta de conhecimento e de condições sanitárias, a taxa de mortalidade materna e neonatal eram elevadas. Desta forma, no século XX a medicina transportou o parto para o meio hospitalar, melhorando consideravelmente as taxas de mortalidade e morbilidade (Cunha, Ferreira, Aparício, Bica, & Estudantes 26°CLE, ESSV, 2016). Uma consequência desta transição foi a instrumentalização do parto e a transformação da mulher em objeto de cuidado e não o centro do cuidado.

De forma a devolver à mulher o lugar que nunca lhe devia ter sido tirado, o centro dos cuidados, atualmente fala-se em parto humanizado, parto fisiológico e experiência de parto positiva. Nesta perspetiva, a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2012 um documento de consenso onde aborda a definição, os princípios a defender e as práticas promotoras do parto normal (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Posteriormente, em 2015, a mesma entidade publicou um livro de bolso para o EESMO onde recomenda como filosofia a adotar na prática clínica o cuidado centrado na mulher. Este modelo de assistência enfatiza a colaboração entre o EESMO e a mulher e recomenda que o EESMO assuma um papel de defensor da mulher, permitindo-lhe e incentivando a tomada de decisão pela mesma (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

A tomada de decisão no segundo estágio do TP é influenciada por diversos fatores. O processo de decidir da parteira é influenciado pelo seu conhecimento, significados e prática

em relação a determinado procedimento, pela filosofia de cuidados da instituição de saúde onde exercem (maternidades, normalmente são geridas pela equipa médica e inibem a tomada de decisão, ou casas de parto, normalmente promotoras da tomada de decisão e geridas por parteiras) e pelas preferências da parturiente (Green, 2015; Wong, He, Shorey, & Koh, 2017). Por outro lado, a tomada de decisão pela parturiente é influenciada pelas suas características pessoais, pelo conhecimento que possui e pelo profissional de saúde que a acompanha (Nieuwenhuijze et al., 2013, 2014). Desta forma, estabelece-se o princípio da tomada de decisão partilhada, onde o profissional de saúde e a parturiente se envolvem e colaboram deliberadamente, com o objetivo de explorar opções e implementar um plano com base na evidência científica disponível e congruente com as preferências, valores e necessidades (Megregian & Nieuwenhuijze, 2018). No fundo, alia-se o conhecimento do profissional aos desejos da parturiente e obtém-se uma experiência de parto positiva (Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren et al., 2013).

A tomada de decisão no TP tem vindo a ser estudada nos últimos anos, contudo a especificidade da tomada de decisão no segundo período do TP, principalmente no que concerne à posição da parturiente ainda carece de aprofundamento (Thies-Lagergren et al., 2013).

A presença de vantagens e desvantagens é comum a todas as posições. O recurso à posição de litotomia encontra-se associado a uma redução da qualidade da dinâmica uterina e da perfusão placentar, o que, consequentemente, reduz a oxigenação fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Por outro lado, as posições verticais durante este estágio contribuem para o encurtamento da sua duração devido ao aumento da eficácia das contrações uterinas, do aumento da dilatação cervical e à facilitação da progressão do feto no canal de parto (Zileni et al., 2017). Adicionalmente, estas últimas apresentam ainda como vantagem uma menor taxa de partos instrumentados e episiotomias, menor perceção de dor e menor observação de alterações da FCF no traçado CTG. Em contrapartida, apresentam como desvantagem o maior número de lacerações perineais e maior ocorrência de hemorragia pós-parto. Apesar de considerada uma posição não vertical, a posição lateral facilita a rotação fetal sem comprimir a veia cava e reduzir a perfusão e oxigenação fetal, como tal, principalmente em mulheres com analgesia epidural cujo bloqueio motor e/ou sensitivo não seja compatível com posições verticais, constitui uma alternativa segura à posição de litotomia (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Desta forma, a OMS (2018b) recomenda a adoção de uma ou várias posições da preferência da parturiente, que podem incluir posições verticais (sentada, de pé, de joelhos, em quatro apoios, de cócoras) ou não verticais (litotomia, lateral). Assim, o importante é não forçar a mulher a adotar uma posição em particular e encorajá-la a escolher a ou as posições que considere mais confortáveis (OMS, 2018b).

Diferentes estudos revelam que, quando questionadas, as parturientes preferem posições verticais (Nieuwenhuijze et al., 2014; Thies-Lagergren et al., 2013), apesar de considerarem

a posição de litotomia como a norma (Green, 2015) e a maioria adotar essa posição no parto (Silva et al., 2016; Zileni et al., 2017). Não obstante, os estudos encontrados revelam que a parteira constitui uma das maiores influências na altura de decidir a posição neste período e que a tomada de decisão partilhada é um grande contributo para a satisfação materna e uma experiência de parto positiva (Green, 2015; Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren et al., 2013).

Neste sentido, enquanto apoiávamos diferentes casais durante o TP e parto apercebemo-nos que a adoção de posições verticais durante esse período era escassa. Algumas parturientes adotavam posições verticais, incluindo a deambulação, durante o primeiro estágio do TP, antes de solicitarem analgesia por via epidural. Após iniciarem a administração de analgesia por essa via, a adoção de posições verticais diminuía drasticamente, cingindo-se à posição sentada na cama, com a cabeceira elevada. No segundo período do TP algumas parturientes adotavam a posição de quatro apoios, apoiadas na cabeceira elevada da cama, enquanto realizavam esforços expulsivos e promoviam a descida do feto no canal de parto. Contudo, quando a apresentação fetal atingia o quarto plano de Hodge eram incentivadas e assistidas a adotar a posição de litotomia, semi sentada com a cabeceira entre os 30° e os 45°, ou, ainda, sentada na cama.

Enquanto futura EESMO temos um papel preponderante durante o TP pela relação privilegiada que estabelecemos com a parturiente. Esse lugar privilegiado acarreta um conjunto de obrigações, na medida em que a parturiente confia em nós, escuta os nossos conselhos e acredita que vamos advogar por ela e pelos seus interesses.

Considerando a recomendação de liberdade de escolha recomendada pela OMS, a influência que a parteira parece ter na tomada de decisão e o impacto que a tomada de decisão partilhada terá na satisfação da mulher, o nosso objetivo foi compreender como se processa a decisão relativa à posição da parturiente, no segundo estágio do TP e parto.

3.1.2. Metodologia

Dado o número crescente de estudos que são efetuados e publicados diariamente, torna-se complicado para os profissionais de saúde se manterem atualizados. Desta forma, surgem as revisões da literatura que permitem compilar e expor as conclusões de diversos artigos e se revelam instrumentos eficazes na atualização das práticas (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Entre as revisões da literatura, surge a revisão integrativa da literatura. Este tipo de investigação permite a síntese de múltiplos estudos, com metodologias distintas, o que se apresenta como uma vantagem. Ao permitir uma maior diversidade de desenhos de

investigação, obtém-se uma mais ampla compreensão do tema em estudo (Botelho, Cunha, & Macedo, 2011; Mendes et al., 2008; Soares et al., 2014; Sousa et al., 2017)

De uma forma geral, a revisão integrativa da literatura engloba seis etapas: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos na revisão integrativa da literatura; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes et al., 2008; Sousa et al., 2017).

A primeira etapa do processo de revisão integrativa é a norteadora de todo o processo e determina, em parte, a qualidade da revisão. Inclui a identificação do tema, definição do problema e a formulação de uma questão de pesquisa ou hipótese (Sousa et al., 2017). Os dois primeiros passos desta etapa encontram-se descritos no subcapítulo anterior.

As propriedades de uma boa questão de investigação são a viabilidade, originalidade, respeitar os princípios éticos e ser relevante e interessante. O modelo PICO permite formular questões traduzíveis em palavras-chave pesquisáveis nas bases de dados, sendo o modelo mais utilizado. Contudo, devido às especificidades de cada tipo de investigação, surgiram modelos alternativos que se adequam à investigação a realizar (Marques, Firmino, Valentim, & Antunes, 2018). Para esta revisão integrativa e considerando o tema da mesma, consideramos que o modelo que melhor se adequa é o PICO, acrónimo de População, fenómeno de Interesse e Contexto. Considerando este modelo, definimos a questão: Que tipo de fatores são considerados pela mulher e pelo EESMO para a decisão da posição da mulher no segundo estágio do TP e parto? No Quadro 2 apresentamos a formulação da questão, segundo o modelo escolhido.

P (População)	I (Fenómeno de Interesse)	Co (Contexto)
Parturiente; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)	Tomada de decisão; Opção	Posição no segundo período do trabalho de parto

Quadro 2 - Formulação da questão de investigação

Concluída a primeira etapa da revisão, definimos os descritores Mesh e assuntos CINAHL que melhor retratavam a nossa pergunta. Para interligar os diferentes descritores, usamos os operadores booleanos “and” e “or”, em que o primeiro é uma combinação restritiva e o segundo uma combinação aditiva (Sousa et al., 2017). A conjugação dos descritores e operadores booleanos permitiu definir três frases booleanas. A primeira adequada à base de dados *CINAHL Complete*, expressa em (((MH “Expectant Parents+”) OR (MM “Multiparas”) OR

((MM "Primiparas") OR (MM "Obstetric Patients") OR (MH "Midwives+")) AND ((MM "Labor Stage, Second") OR (MM "Management of Labor") OR (MM "Labor Support") OR (MH "Patient Positioning+")) AND ((MH "Decision Making+") OR (MM "Critical Thinking"))). A segunda e a terceira recorreram aos mesmos termos Mesh, contudo foi necessário uma adaptação dos mesmos entre elas. Assim, usamos a frase (((MM "Pregnant Women") OR (MM "Midwifery") OR (MM "Nurse Midwives")) AND ((MM "Labor Stage, Second") OR (MH "Parturition+") OR (MM "Peripartum Period") OR (MM "Patient Positioning") OR (MH "Posture+")) AND ((MH "Decision Making+") OR (MH "Problem Solving+")))) na base de dados *MEDLINE* e a frase ("Pregnant Women" OR "Midwifery" OR "Nurse Midwives" OR "Female") AND ("Labor Stage, Second" OR "Parturition" OR "Peripartum Period" OR "Patient Positioning" OR "Posture") AND ("Decision Making" OR "Problem Solving")) na base de dados *The Cochrane Library*. Ainda integrado na segunda etapa, prosseguimos com a definição dos critérios de inclusão e exclusão que resumimos no Quadro 3.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos publicados entre 2013 e 2020	Abordam a tomada de decisão relativa a aspetos que não a posição no parto
Língua portuguesa, inglesa ou espanhola	Abordam a posição no parto mas não referem a tomada de decisão
Respondam à questão de investigação	Abordam o parto em meio aquático
Texto completo disponível	Focam a ação de outro profissional de saúde que não o EESMO

Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão

3.1.3. Apresentação e análise dos resultados

A pesquisa bibliográfica realizou-se entre Novembro de 2018 e Julho de 2020 e incluiu todos os trabalhos científicos apresentados nesse período na base de dados *The Cochrane Library* e em duas das bases de dados do agregador EBSCO host: *CINAHL Complete* e *MEDLINE*.

A pesquisa pela frase booleana adequada à *CINAHL Complete* permitiu obter 45 artigos que reduziram para 23 após aplicação do limitador temporal. A análise do título e resumo e consequente aplicação dos critérios de inclusão e exclusão permitiram obter quatro artigos. Relativamente à base de dados *MEDLINE*, obtivemos inicialmente 258 artigos que foram reduzidos a 113 após limitação temporal. Obtivemos dois artigos após aplicação dos restantes critérios. Na base de dados *The Cochrane Library* obtivemos inicialmente 3 artigos que se incluíam no limite temporal definido, contudo, nenhum cumpria os restantes critérios de inclusão e exclusão. Dos seis artigos, um encontrava-se repetido, pelo que obtivemos cinco artigos para estudo. Após análise das referências bibliográficas e com o intuito de

ampliar o conhecimento sobre a temática, procedemos a uma análise regressiva e identificamos um estudo adicional, perfazendo assim um total de seis artigos em análise. Na Figura 5 apresentamos o esquema da nossa seleção de artigos.

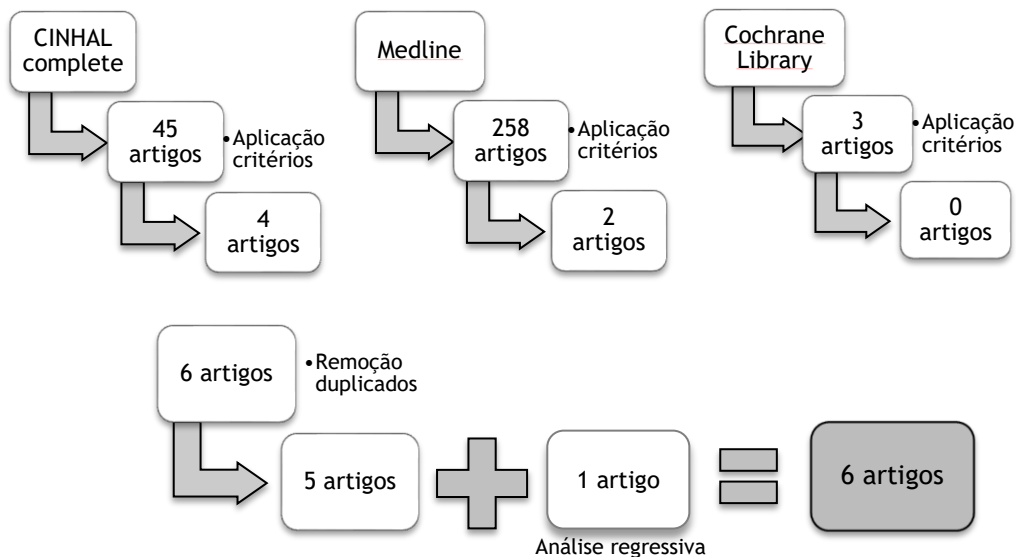


Figura 5 - Seleção de artigos

A etapa seguinte corresponde à definição das informações a serem extraídas dos estudos e categorização dos mesmos (Sousa et al., 2017). Para a concretização desta etapa, adaptamos a recomendação dos autores Sousa et al. (2017) e construímos um instrumento de recolha de dados que inclui o título, autor, ano de publicação, país, desenho, nível de evidência, objetivos, metodologia, resultados e as principais conclusões. A definição do nível de evidência seguiu as recomendações do Joanna Briggs Institute (2013; 2014) que classifica os estudos pelo tipo de desenho em cinco níveis. No primeiro nível incluem-se estudos experimentais incluindo estudos randomizados controlados e revisões sistemáticas que incluem um ou mais desses estudos. O nível dois abrange os estudos quasi-experimentais. Os estudos observacionais analíticos, como os estudos cohort ou caso controlo, encontram-se no nível três. Por sua vez, os estudos observacionais descritivos incluem-se no nível quatro. Por último, o nível cinco abrange a opinião e o consenso de peritos (Joanna Briggs Institute, 2013).

De seguida apresentamos o Quadro 4 onde expomos o instrumento de recolha de dados que elaboramos e seguimos na categorização de cada um dos estudos.

EXPLORING THE INFLUENCE THAT MIDWIVES HAVE ON WOMEN'S POSITION IN CHILDBIRTH: A REVIEW OF THE LITERATURE.				
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência
Green, T	Reino Unido	2015	Revisão da literatura	3b
Objetivo	Identificar como as parteiras promovem o uso de posições verticais no parto; Analisar a natureza da relação parteira-cliente para compreender o seu papel na escolha da mulher relativa à posição no parto; Compreender como essa informação pode influenciar a política e educação das parteiras.			
Metodologia	<p>Efetuarão uma pesquisa, com recurso a frase booleana, nas bases de dados: Embase; EBM Reviews (The Cochrane Central Register of Controlled Trials); Global Health; Journals from Ovid; Maternity and Infant Care; Ovid Nursing Full Text Plus; Social Policy and Practice; AMED (Allied Health and Complementary Medicine); Academic Search Complete; CINAHL Plus; E-journals; Medline; PsycINFO; Psychology and Behavioural Sciences; PsycArticles; e SocIndex. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão identificaram quatro artigos. Posteriormente, associaram a lógica regressiva aos artigos identificados e, após aplicação dos mesmos critérios, selecionaram três artigos adicionais, perfazendo um total de sete artigos.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: estudos originais com revisão de pares relacionados com a influência das parteiras na posição no parto; artigos com texto completo de metodologia qualitativa ou quantitativa; publicados entre 2004 e 2015; redigidos em língua inglesa; realizados em países de elevada renda.</p> <p>Os critérios de exclusão foram: estudos originais com revisão de pares relacionados com a posição no parto, trauma perineal, posição fetal ou gestão farmacológica da dor; meta-análises, revisões da literatura ou análises secundárias; publicados antes de 2004, redigidos em língua não inglesa, realizada em países de baixa renda; relativos a outras profissões que não parteiras ou equivalentes.</p>			
Resultados	<p>A análise dos sete artigos, quatro de metodologia qualitativa e três de metodologia quantitativa permitiu compreender que a tomada de decisão não é um processo linear mas sim dinâmico. Identificaram cinco aspetos que influenciavam a tomada de decisão, expressando-os numa framework conceptual:</p> <p>Escolha informada vs. consentimento informado (suporte): o recurso à decisão informada associa-se a um maior uso de posições verticais e consiste em informar as vantagens e desvantagens das diferentes posições permitindo à mulher escolher;</p> <p>Cuidado centrado na mulher vs. cuidado centrado na parteira (flexibilidade): o primeiro promove a adoção de posições verticais através de uma comunicação flexível e disponível com a parturiente; no segundo a parteira prioriza o seu conforto, considera que não tem conhecimento ou treino adequado e/ou teve más experiências que a tornam relutante ou mesmo contra outras posições que não deitada.</p> <p>Improvisação vs. avaliação (autonomia): o recurso à improvisação e imaginação permite a adaptação de posições, equipamentos e estratégias aos recursos disponíveis e intervenções necessárias, facilitando o uso de posições verticais; a necessidade de avaliações (toque vaginal, CTG e outras) é</p>			

	<p>usada como ‘desculpa’ para solicitar à mulher que se deite, fazendo-o, por vezes, na altura do parto sem que a mulher se aperceba; a parteira tanto usa truques para encorajar a mulher a adotar outras posições como para a persuadir a não o fazer.</p> <p>Condição clínica: a posição deitada foi associada à prevenção de complicações obstétricas e/ou quando estas se verificavam; já as posições verticais se associaram a um segundo estágio mais prolongado e constituíram uma estratégia da parteira para promover a progressão do TP.</p> <p>Relação cliente-parteira: a influência da parteira é considerado o fator mais importante quando se trata da posição de parto; a mulher percebe maior controlo durante o parto quando a tomada de decisão é efetuada em conjunto com outros.</p>			
Conclusões	<p>A adoção de posições verticais depende de uma parteira flexível, autónoma e solidária com a mulher e/ou uma mulher bem informada e capaz de comunicar eficazmente.</p> <p>A condição clínica, as características da cliente e a filosofia de cuidados do local de trabalho são fatores externos que influenciam a prática da parteira em relação à posição no parto. A parteira e a mulher consideram a outra uma influência importante relativamente à posição no parto.</p> <p>As mulheres consideram a posição deitada como a norma, pelo que a educação pré-natal é importante para as informar sobre as diferentes posições.</p> <p>Um modelo que privilegie a continuidade de cuidados, entre a vigilância da gravidez e o parto, facilitam a abordagem do tema com todas as mulheres, mesmo aquelas que não participam de programas de preparação para o parto.</p>			
WHO DECIDES THE POSITION FOR BIRTH? A FOLLOW-UP STUDY OF A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL				
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência
Thies-Lagergren, L; Hildingsson, I; Christensson, K; Kvist, L	Suécia	2013	Caso controlo (quantitativo)	3d
Objetivo	<p>Investigar os fatores associados com a adesão à posição de parto atribuída;</p> <p>Investigar os fatores associados com a tomada de decisão relativa à posição no parto.</p>			
Metodologia	<p>O estudo realizou-se entre 2010 e 2011 e consistiu no envio de um questionário <i>on-line</i> às participantes de um estudo controlado randomizado anterior.</p> <p>O estudo anterior comparava os níveis de partos vaginais distócicos em mulheres nulíparas saudáveis, que usavam o banco de parto ou qualquer outra posição, sendo as do último grupo livres de escolher a posição pretendida, exceto o banco de parto. A alocação ao banco de parto (grupo aderente) ou a outra posição (grupo não aderente) não foi influenciada pelos investigadores, existindo um grupo controlo, que não foi incluindo no estudo atual.</p>			

	<p>No presente estudo, analisaram 289 questionários, dos quais 177 pertenciam ao grupo que usou o banco de parto e 112 pertenciam ao grupo que usou outra posição.</p> <p>O questionário <i>on-line</i> continha questões fechadas relativas a informação sociodemográfica, expectativas e experiência de parto e a posição no parto.</p>			
Resultados	<p>As razões da não adesão ao banco de parto foram maioritariamente médicas, seguida de maternas e, por último, parteira</p> <p>A posição de parto adotada pelo grupo não aderente foi maioritariamente litotomia, seguido de semi sentada. Raramente adotaram a posição lateral e de joelhos.</p> <p>As mulheres do grupo aderente referiram mais frequentemente que tiveram a oportunidade de adotar a sua posição preferida. Cerca de metade do total de mulheres refere que a parteira não encorajou nenhuma posição em particular.</p> <p>O grupo aderente reportou menos frequentemente a adoção de diferentes posições, contudo, sentiram mais frequentemente que a decisão acerca da posição do parto foi tomada por elas. Sentimentos de poder, proteção e autoconfiança foram mais comuns neste grupo. Paralelamente, a experiência de parto positiva foi referida mais frequentemente no grupo que adotou o banco de parto.</p>			
Conclusões	<p>As parturientes valorizam mais a parceria entre elas e a parteira que a tomada de decisão individual.</p> <p>Os sentimentos positivos percecionados durante o parto parecem influenciar mais a perceção geral da experiência que o nível de dor percebido pela mulher. Envolver, capacitar e empoderar a mulher na tomada de decisão durante o TP pode constituir um importante fator preventivo do medo do parto.</p> <p>As posições verticais, quando a mulher é envolvida na tomada de decisão, transmite-lhe sentimentos de empoderamento, o que conduz a uma experiência de parto mais satisfatória e positiva.</p>			
INFLUENCE ON BIRTHING POSITIONS AFFECTS WOMEN'S SENSE OF CONTROL IN SECOND STAGE OF LABOUR				
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência
Nieuwenhuijze, M; Jonge, A; Korstjens, I; Bude', L; Lagro-Janssen, T	Suíça	2013	Caso controlo (quantitativo)	3d
Objetivo	Explorar se as escolhas de posição no parto contribuem para a perceção de controlo da mulher durante esse período			
Metodologia	O estudo foi realizado entre outubro 2005 e dezembro 2007 em 54 maternidades distribuídas por áreas urbanas e rurais da suíça. Todas as maternidades do país foram convidadas a participar no estudo.			

	<p>Nos locais onde o estudo se desenvolveu, forneceram um questionário às puérperas que as mesmas preencheram no domicílio e entregaram na primeira visita neonatal. Este questionário incluía a avaliação sociodemográfica, de fatores relacionados com o parto e a escala Labour Agency Scale que avalia a percepção de controlo durante o segundo estágio do TP. Paralelamente, a parteira que assistiu o parto preencheu um outro questionário com informação sociodemográfica, gravidez e parto da mulher.</p> <p>Os critérios de inclusão foram conhecimento da língua alemã e cuidados prestados maioritariamente pela parteira até o início do segundo estágio do TP. Excluíram-se mulheres submetidas a analgesia epidural, aceleração do TP ou monitorização fetal continua. A parteira foi a profissional responsável pelo parto.</p>			
Resultados	<p>Os resultados foram comparados entre a totalidade das mulheres (1030) e as que referiram preferir uma posição não supina (204).</p> <p>No primeiro grupo, que inclui a totalidade das participantes, ter influência na posição no parto (sozinha ou com outros), ter frequentado programa de preparação para o parto, os sentimentos em relação ao parto durante a gravidez e o nível de dor durante este período foram considerados preditores significativos da percepção de controlo pela mulher.</p> <p>No grupo que referiu preferir uma posição não supina, o parto domiciliar, ter influência na posição no parto (sozinha ou com outros), os sentimentos em relação ao parto durante a gravidez e o nível de dor durante este período constituíram os principais preditores da percepção de controlo. A preparação durante a gravidez e o uso da posição preferida não foram fatores estatisticamente significativos. Ter tido influência juntamente com outros, normalmente a parteira, foi mais significativo que ter tido influência sozinha.</p>			
Conclusões	<p>O parto é dinâmico e imprevisível, talvez por isso participar na tomada de decisão quanto à posição de parto tenha mais influência que o uso efetivo de uma certa posição.</p> <p>A tomada de decisão partilhada influencia positivamente a percepção de controlo. Este processo tem duas vias onde o profissional partilha todas as informações relevantes e a mulher partilha informações pessoais como valores e preferências.</p>			
THE ROLE OF MATERNITY CARE PROVIDERS IN PROMOTING SHARED DECISION MAKING REGARDING BIRTHING POSITIONS DURING THE SECOND STAGE OF LABOR				
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência
Nieuwenhuijze, M; Low, L; Korstjens, I; Lagro-Janssen, T	Suíça	2014	Transversal descritivo (qualitativo)	4b
Objetivo	Explorar a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres durante o segundo estágio do TP, enquanto as escolhas e decisões relativas à posição no parto foram feitas			

Metodologia	<p>O estudo foi realizado com gravações obtidas no contexto de um estudo randomizado controlado longitudinal, em mulheres com 18 ou mais anos, primíparas, entre 2000 e 2006, num hospital universitário no centro oeste da suíça. No contexto do estudo primário, parte das mulheres consentiu a gravação da totalidade do segundo período do TP.</p> <p>O presente estudo selecionou aleatoriamente e transcreveu verbatim 50 gravações, das quais 41 foram analisadas. As restantes nove foram excluídas por questões relacionadas com a qualidade da gravação.</p> <p>Com base na literatura encontrada sobre o que permite a mulher envolver-se na tomada de decisão relativa à posição neste período, os autores construíram uma <i>framework</i> que usaram para a análise dedutiva da comunicação que incluía as categorias: ouvir a mulher, encorajar, informação, oferecer escolhas e estilo de suporte.</p>			
Resultados	<p>A duração da gravação variou entre alguns minutos e 5,5 horas. Oito transcrições não mencionavam a posição de parto e a sua duração foi curta. As restantes 33 mencionavam pelo menos uma vez.</p> <p>Em média, mencionaram posições nove vezes por gravação. A mudança de posição foi mais vezes mencionada quando a duração do estágio foi maior e o profissional responsável foi um EESMO. Este profissional ofereceu maior variedade de posições.</p> <p>As posições de parto mais oferecidas foram cócoras e quatro apoios, seguido de sentado, semi sentado e lateral e, por último, o chuveiro ou a banheira. As posições mais utilizadas foram semi sentado, sentado, cócoras e lateral, e as menos utilizadas foram quatro apoios, chuveiro e banheira.</p> <p>A maioria das participantes mudou de posições várias vezes. O conforto da mulher e a promoção da progressão do TP foram as principais razões para a mudança de posições. Ocasionalmente o sofrimento fetal motivou a alteração.</p> <p>Várias vezes as parturientes pediram para mudar de posição e quando solicitaram uma em específico, priorizaram as verticais, como de cócoras ou sentada. Mais raramente solicitaram a posição lateral e nunca pediram a posição semi sentada.</p>			
Conclusões	<p>A audição das gravações permitiu corroborar as categorias da <i>framework</i> desenvolvida com base na literatura e acrescentou duas categorias, a empatia e a interação.</p> <p>Quando os profissionais consideram este processo comunicativo dinâmico, permitem à mulher envolver-se e conduzem a uma tomada de decisão partilhada. Dependendo das necessidades da parturiente e da condição clínica, os profissionais adotam um estilo de comunicação que varia entre informativo e aberto em oposição a fechado e diretivo.</p>			
OS SABERES DAS MULHERES ACERCA DAS DIFERENTES POSIÇÕES DE PARIR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDAR				
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência

Silva, L; Leão, D; Cruz, A; Alves, V; Rodrigues, D; Pinto, C		Brasil	2016	Transversal (qualitativo)	descritivo	4b
Objetivo	Analisar o conhecimento das mulheres e o significado que atribuem às possibilidades de se optar por uma posição alternativa de parto.					
Metodologia	O estudo foi realizado entre os meses de setembro e outubro 2014 e participaram 10 grávidas inscritas no programa pré-natal do município de Niterói. Os critérios de inclusão foram ter 18 anos de idade ou mais e participado, no mínimo, em quatro consultas de pré-natal. Ser grávida de alto risco foi o critério de exclusão. A colheita de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas. A análise dos dados, após transcrição das entrevistas, seguiu a técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática.					
Resultados	Da análise de dados emergiram 2 temas: 1) O saber das gestantes acerca do posicionamento materno no período expulsivo do TP- a maioria das participantes conhecia apenas a posição de litotomia para este período, obtiveram informação pela internet, televisão e pelos enfermeiros, durante o curso pré-natal e referem como benefícios das posições alternativas o conforto da mulher e segurança materna e neonatal; 2) Liberdade de escolha: o significado que as gestantes atribuem às possibilidades de se optar por uma posição alternativa de parto - algumas participantes consideram que não podem escolher outra posição, além da litotomia, ou que essa possibilidade depende do hospital e dos profissionais. Referem ainda que a possibilidade de escolher outras posições as fariam sentir-se mais seguras, poderosas e traria benefícios para elas e os seus bebês.					
Conclusões	As grávidas que participaram no estudo apresentam conhecimento reduzido sobre as posições possíveis durante o período expulsivo e consideram que não têm opção de escolha. O desconhecimento das mulheres, associado à falta de acesso a meios de informação como a internet e à não abordagem da temática no curso pré-natal, relaciona-se com a aceitação da posição pré-determinada e imposta pelos profissionais. Os profissionais de saúde têm como dever informar a grávida sobre esta temática, empoderando-a para a tomada de decisão. Paralelamente, importa capacitar os profissionais e sensibilizá-los relativamente às posições possíveis no período expulsivo.					
MALAWI WOMEN'S KNOWLEDGE AND USE OF LABOUR AND BIRTHING POSITIONS: A CROSS-SECTIONAL DESCRIPTIVE SURVEY						
Autor	País	Ano de publicação	Desenho	Nível de Evidência		
Zileni, B; Glover, P; Jones, M; Teoh K; Zileni, C; Muller, A	Malawi, África	2017	Transversal (quantitativo)	descritivo	4b	

Objetivo	Conhecer o conhecimento da mulher sobre diferentes posições durante o TP e parto e o uso dessas posições.
Metodologia	<p>O estudo foi realizado entre Julho 2012 e Outubro 2013 no serviço de puerpério de baixo risco de um hospital em Malawi. Um questionário com 35 perguntas, do tipo aberto e fechado foi aplicado, durante entrevista presencial, por um investigador treinado, assegurando que a iliteracia de algumas participantes não as impedia de participar no estudo. Participaram 373 puérperas, selecionadas por amostragem probabilística.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: puérperas que experienciaram um parto eutócico entre as 37 e as 42 semanas de IG e receberam cuidados durante 24 a 48 horas após o parto. Os critérios de exclusão foram: puérperas que experienciaram malformações fetais, gravidez múltipla ou complicações como eclâmpsia ou anemia severa; bem como puérperas que só receberam cuidados uma e seis semanas após o parto.</p>
Resultados	<p>Das 373 participantes a maioria tinha idade compreendida entre 20 e 29 anos, eram múltiparas, cristãs, tinham a educação primária e viviam numa região urbana.</p> <p>Os autores identificaram seis temas para discussão:</p> <p>Conhecimento das diferentes posições durante o primeiro e segundo estádios do TP: a maioria tem conhecimento de uma ou mais posições em ambos os momentos. Durante o primeiro referem a posição lateral e a deambulação e durante o segundo referem a posição supina, sendo as posições de cócoras, joelhos e quatro apoios desconhecidas pela maioria;</p> <p>Primeiro estágio do TP- conhecimento das vantagens e desvantagens das diferentes posições: a maioria das mulheres sabia que a adoção de posições verticais durante esta fase promove a dilatação do colo uterino, torna a progressão do feto e o nascimento do bebé mais rápidos e diminui a percepção de dor neste estágio. Como desvantagem referem que durante a deambulação pode ocorrer o nascimento do bebé. O conhecimento demonstrado é suportado pela evidência encontrada;</p> <p>Segundo estágio do TP- conhecimento das vantagens e desvantagens das diferentes posições: cerca de metade das mulheres afirma que a posição supina ajuda a conseguir um parto seguro e reduz a duração deste período. Relativamente às desvantagens da posição supina referem o aumento da probabilidade de sofrimento fetal e neonatal. O conhecimento demonstrado pelas mulheres é corroborado por alguns autores e negado por outros;</p> <p>Fontes de informação: as parteiras constituíram a principal fonte de informação das mulheres, informando sobre a deambulação e posição lateral durante o primeiro estágio e sobre a posição supina no segundo;</p> <p>Posições adotadas no primeiro estágio do TP: cerca de metade das participantes refere que deambulou durante este estágio e pouco menos de metade refere que ficou confinada à cama, em posição lateral;</p>

	Posições adotadas no segundo estágio do TP: a grande maioria das mulheres adotou a posição supina neste estágio, o que talvez se deva à maioria só conhecer essa posição.
Conclusões	Considerando que a maioria das participantes usou a ou as posições que conhecia nos diferentes estágios e a sua principal fonte de informação foram as parteiras, conclui-se que é necessário as parteiras informarem sobre as vantagens e desvantagens de todas as posições possíveis. Recomenda-se investir no treino dos profissionais de saúde na assistência a parturientes em diferentes posições, de forma a encorajar o seu uso e a sua partilha com as mulheres.

Quadro 4 - Categorização dos estudos através de um instrumento de recolha de dados

A quinta etapa corresponde à interpretação dos resultados. No decorrer desta etapa comparamos e discutimos os estudos encontrados, de forma a responder à nossa questão de investigação e identificar as limitações e as implicações para a prática das nossas descobertas (Sousa et al., 2017).

Os seis artigos obtidos apresentam desenhos variados e são oriundos de países distintos. Obtivemos uma revisão da literatura, dois estudos caso controlo de metodologia quantitativa, um estudo transversal quantitativo e dois estudos transversais qualitativos. Relativamente ao país onde o estudo se desenvolveu, quatro artigos são de países desenvolvidos e dois de países em desenvolvimento. Esta diversidade de metodologias e contextos contribui para uma maior amplitude de conhecimento sobre a temática (Mendes et al., 2008).

Os dois estudos realizados em países considerados de baixa renda abordam o conhecimento da mulher sobre as diferentes posições. No estudo brasileiro, analisaram os saberes de 10 grávidas sobre as posições no segundo período do TP e o significado que atribuíam à liberdade de escolha. Os autores concluíram que as grávidas conheciam a posição de supina ou litotomia e consideravam que essa era a única posição correta. Adicionalmente, constataram que, apesar das grávidas referirem que não tinham liberdade de escolha, gostariam de participar na escolha da posição e que isso traria benefícios para elas e os seus filhos (Silva et al., 2016).

Por outro lado, o estudo africano, realizado em Malawi, pretendia investigar o conhecimento das puérperas sobre os posicionamentos possíveis durante o primeiro e segundo período do TP e, paralelamente, conhecer as posições que, de facto, eram adotadas. Os investigadores concluíram que, relativamente ao segundo estágio do TP, a maioria das participantes conhecia apenas a posição supina ou litotomia e que essa era a posição mais adotada pelas mesmas. A principal fonte de informação das participantes eram as parteiras, que, maioritariamente, só informavam da posição supina no segundo estágio do TP (Zileni et al., 2017).

O papel do conhecimento sobre as posições possíveis neste estágio é também explicado por Nieuwenhuijze et al. (2013). Este estudo suíço conclui que quando a tomada de decisão é partilhada, o profissional fornece todas as informações relevantes, aumentando o conhecimento da mulher, e, por sua vez, a parturiente partilha informações pessoais pertinentes, nomeadamente os seus valores e preferências. Os investigadores deste estudo referem que a participação na tomada de decisão tem mais influência na perceção de controlo das parturientes que a adoção de uma posição em particular.

O mesmo autor principal, num outro estudo, corrobora a importância da tomada de decisão partilhada. Este estudo qualitativo consistiu na audição de gravações da totalidade do segundo estágio de TP de 41 parturientes e explorou a comunicação entre os profissionais e a mulher. Ao estudar uma outra vertente da tomada de decisão, concluíram que encorajar,

informar, oferecer escolhas, ouvir a mulher, ter empatia, interagir e um estilo de suporte adequado às necessidades são componentes da comunicação facilitadoras que permitem à parturiente envolver-se na tomada de decisão. Referem ainda que o estilo de comunicação deve ser adequado às necessidades da parturiente e da sua condição clínica, pelo que pode variar entre um estilo informativo e aberto e um estilo fechado e diretivo (Nieuwenhuijze et al., 2014).

Por outro lado, na investigação realizada por Thies-Lagergren et al. (2013), ao estudar os fatores associados à adesão ao banco de parto e o que conduziu a essa escolha, compreenderam também que a tomada de decisão partilhada é mais valorizada que a decisão individual. Concluíram ainda que envolver, capacitar e empoderar a parturiente contribui para uma experiência de parto positiva.

Adicionalmente, através da análise da revisão da literatura efetuada por Green (2015) compreendemos que a escolha informada, o cuidado centrado na mulher, a improvisação, uma condição clínica favorável e uma relação cliente-parteira facilitadora influenciam positivamente a tomada de decisão partilhada e, consequentemente, a adoção de posições verticais.

O papel da tomada de decisão partilhada é evidenciado em quatro dos seis artigos (Green, 2015; Nieuwenhuijze et al., 2013, 2014; Thies-Lagergren et al., 2013), o que demonstra a sua importância. Um estudo norueguês recente corrobora este achado, no entanto, refere que algumas mulheres simplesmente confiam nos profissionais e preferem concentrar-se em outros aspetos, deixando de parte a tomada de decisão (Bringedal & Aune, 2019).

Direta ou indiretamente os estudos analisados comparavam a adoção de posições verticais com a posição de litotomia, sendo que as posições lateral e semi sentada são integradas num ou noutro grupo conforme o estudo. As vantagens e desvantagens das diferentes posições foram abordados e a maioria conclui que as posições verticais se associam a maior satisfação com o parto e a mais benefícios (Green, 2015; Silva et al., 2016; Thies-Lagergren et al., 2013; Zileni et al., 2017). No entanto, Nieuwenhuijze et al. salienta nos seus estudos que não existe uma posição ideal de parto (2014) e que a adoção de determinada posição é menos relevante que a participação na decisão (2013).

Analisando os estudos, compreendemos que o profissional de saúde, em especial o EESMO, e a parturiente são os principais intervenientes nesta temática (Green, 2015; Nieuwenhuijze et al., 2013, 2014; Silva et al., 2016; Thies-Lagergren et al., 2013; Zileni et al., 2017) e que o acompanhante parece ter uma influência reduzida (Nieuwenhuijze et al., 2013). Em relação aos profissionais de saúde, o EESMO é aquele que oferece maior variedade de posições (Nieuwenhuijze et al., 2014) e o que mais informa a mulher sobre os diferentes tipos de posição, durante a gravidez (Silva et al., 2016) e no parto (Green, 2015; Zileni et al., 2017).

No entanto, os estudos demonstram que nem sempre o EESMO providencia informação sobre todas as posições existentes, como é evidenciado em dois estudos, onde apenas referiram a posição supina ou litotomia como opção no segundo estágio (Silva et al., 2016; Zileni et al., 2017). A falta de conhecimento do profissional, a falta de treino na adoção das restantes posições e a existência de más experiências são apontadas por Green (2015) como fatores que tornam o EESMO relutante ou contra o uso de posições verticais. A necessidade de avaliar a parturiente em determinada posição também era identificada como uma forma de persuasão na adoção de uma posição horizontal na hora do parto (Green, 2015). Thies-Lagergren et al. (2013) acrescentam as limitações físicas, nomeadamente dor de costas e joelhos, como motivos do EESMO para a não adoção destas posições.

Desta forma, confirmamos a nossa suspeita inicial relativamente à importância do EESMO, referido como parteira na maioria dos estudos, na tomada de decisão e a sua influência na mesma. Recomendamos o treino e a capacitação dos EESMO no cuidado de parturientes em posições verticais aquando do parto, bem como a informação imparcial e o empoderamento da mulher na adoção destas posições (Green, 2015; Silva et al., 2016; Thies-Lagergren et al., 2013; Zileni et al., 2017).

Concluimos assim que a decisão relativa à posição da parturiente, no segundo período do TP, é influenciada pelo EESMO e pela parturiente, sendo idealmente um processo conjunto onde ambos se envolvem e contribuem para o resultado final. A capacitação dos profissionais e o empoderamento das parturientes tem o potencial de aumentar o número de mulheres que adotam uma posição confortável e adequada às suas preferências, maximizando assim as experiências de parto positivas.

Uma das limitações que podemos encontrar nesta revisão relaciona-se com o baixo nível de evidência da maioria dos estudos encontrados. Contudo, a temática em análise é complexa e o recurso a randomização levanta questões éticas. Para além disso, o simples facto do EESMO e/ou da parturiente terem conhecimento que estão a participar num estudo relativo à tomada de decisão na posição de parto pode influenciar o processo de tomada de decisão (Nieuwenhuijze et al., 2014; Priddis et al., 2012). A presença de diferentes desenhos, incluindo estudos quantitativos, qualitativos e ainda uma revisão da literatura dificulta a análise dos resultados, contudo, conforme referido, acreditamos que permite aprofundar o conhecimento sobre a temática (Green, 2015; Mendes et al., 2008).

Como mote para futuras pesquisas sugerimos o estudo do impacto da preparação para o parto na tomada de decisão da mulher relativa às posições de parto, nomeadamente que tipo de posições e que conhecimento lhes é facultado durante a gravidez. Paralelamente, recomendamos o estudo pormenorizado do papel do EESMO na tomada de decisão, nomeadamente a influência da falta de treino no cuidado a parturientes que adotam posições verticais na hora do parto.

3.1.4. Conclusão

A presente revisão integrativa da literatura problematiza a decisão relativa à posição no segundo estágio do TP porque identificamos inconsistências nesta área. Após análise dos estudos selecionados, concluímos que a parturiente e o EESMO são os principais intervenientes na tomada de decisão e que, quando a decisão é partilhada entre eles, contribui para uma maior satisfação com o parto e uma experiência de parto mais positiva.

O conhecimento da parturiente, os seus valores individuais, as suas necessidades e a relação com o EESMO afetam a sua tomada de decisão (Nieuwenhuijze et al., 2013, 2014). Por outro lado, a filosofia da instituição, o conhecimento e capacidades percebidas, as experiências anteriores e as queixas algícas parecem contribuir na tomada de decisão do EESMO (Green, 2015; Thies-Lagergren et al., 2013).

A principal fonte de informação da parturiente é o EESMO, pelo que o conhecimento que esta possui é influenciado e moldado por este profissional de saúde especializado. Quando a perspetiva do EESMO é relutante ou contra o uso de posições verticais, este pode influenciar ou persuadir a mulher a adotar posições horizontais. Por outro lado, quando o EESMO é a favor da adoção de posições verticais influencia e estimula a parturiente no seu uso (Green, 2015; Nieuwenhuijze et al., 2014; Silva et al., 2016; Zileni et al., 2017).

Enquanto futura EESMO, compreendemos a importância de conhecer e treinar o cuidar de mulheres em diferentes posições, sugerindo que seja mais enfatizado nos planos curriculares o treino da assistência à mulher em posições verticais, no período expulsivo. Acreditamos que, desta forma, o EESMO se sentirá mais capaz e competente e, conseqüentemente, irá incentivar e apelar mais à opção por essas posições.

Uma conclusão inesperada deste estudo de revisão foi que o envolvimento da mulher na tomada de decisão é mais relevante para a sua perceção de uma experiência de parto positiva do que a adoção da posição que inicialmente desejava (Nieuwenhuijze et al., 2013). Este achado é relevante para a prática, na medida em que não basta questionar a parturiente no início do TP sobre a posição que gostaria de adotar na hora do parto, mas é essencial envolvê-la continuamente na tomada de decisão e permitir que experimente todas as posições que desejar, naquele período, para poder optar por aquela que melhor dê resposta às suas preferências.

Em suma, apesar das limitações identificadas, podemos concluir que a parturiente espera ser envolvida na tomada de decisão e que espera do exercício profissional do EESMO o envolvimento, a capacitação e o empoderamento, para a ajudar e orientar na sua escolha. Vários fatores influenciam este processo, não tendo sido possível identificar um que se destaque como o principal para a tomada de decisão. Contudo, pelos resultados emergentes, podemos concluir que o EESMO é, concomitantemente com a mulher e o casal, detentor de

um poder inexorável pela posição relevante que assume nesta situação. Na medida em que os resultados demonstram que a confiança mútua pode redundar numa decisão partilhada e mais segura, através da capacitação da mulher para a eficácia da tomada de decisão neste tópico, o EESMO apresenta um contributo efetivo para uma experiência de parto positiva.

4. APOIAR A MULHER E O CASAL NA TRANSIÇÃO: RECONTEXTUALIZAR A TEORIA NA PRÁTICA, PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS

O puerpério é um período rico em aprendizagens e experiências. A nova família conhece-se e o conjunto de saberes teóricos que foram aprendidos durante a gravidez dá lugar a uma incerteza inicial que, com o tempo, se consolida e transforma em mestria no papel de pais. A transição para a parentalidade inicia-se muito antes do parto, mas só posteriormente os novos pais têm a oportunidade de desenvolver as competências parentais e sentir-se confiantes neste novo papel.

Apoiar os pais na aquisição e desenvolvimento dessas competências é um dos grandes objetivos do EESMO durante esse período. Dessa forma, durante este módulo, desenvolvemos a competência H4 do regulamento de competências do EESMO, que apresenta o descritivo “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.” (Portugal, 2011, p. 8664).

O puerpério corresponde ao período pós-parto e compreende as seis primeiras semanas após o parto. Durante este intervalo de tempo, decorre a recuperação física e psicológica da puérpera que objetiva o regresso ao estado pré-gravídico (DGS, 2015b; A. Ferreira, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Este período pode ser dividido três: o puerpério imediato, que corresponde às primeiras duas horas após o parto; o puerpério precoce, até ao final da primeira semana; e, ainda, o puerpério tardio, que culmina no fim da sexta semana (A. Ferreira, 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O serviço de Puerpério onde este módulo se desenvolveu recebe puérperas provenientes do núcleo de partos, do bloco de partos e ainda do serviço de urgência, no caso de reinternamentos. Possui quartos individuais e duplos, sendo que nos primeiros era possível ao acompanhante pernoitar e acompanhar a puérpera e o RN. A alocação das puérperas aos quartos individuais era influenciada por critérios como o internamento do RN na neonatologia, necessidade de antibióticos ou fototerapia neonatal, reinternamento da puérpera que deseja que o RN a acompanhe e o desejo expresso do casal, sendo que a transferência de quarto era possível, pendente da existência de vagas.

Por forma a decidir o melhor quarto para cada família, escutávamos atentamente as informações transmitidas pela equipa do Núcleo de Partos. Relativamente à puérpera procurávamos conhecer antecedentes obstétricos e/ou pessoais relevantes, alergias, medicação crónica administrada ao longo da gravidez, intercorrências da gravidez, grupo

sanguíneo e fator Rh e presença ou ausência de *Streptococcus* do grupo B positivo. Adicionalmente, obtínhamos informação relativa ao TP atual (duração, medicação administrada e a hora e tipo de rotura de membranas), e ao parto (data e hora, tipo de parto, presença de ferida cirúrgica e/ou laceração, involução uterina esperada com formação do globo de segurança de Pinard, lóquios e perda hemática estimada, presença de intercorrências). Relativamente ao RN, importava colher os seguintes dados: sexo, peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de apgar, aspeto do coto umbilical, observação de anomalias ou complicações peri-parto, realização de contacto pele a pele, tipo de alimentação e hora a que se efetuou, presença de eliminação intestinal e vesical. Para além do referido, questionávamos sobre a presença de acompanhante no momento da transferência e o desejo de acompanhamento permanente no puerpério.

Desta forma, cerca de duas horas após o parto, quando a díade, puérpera e RN, ou a tríade, puérpera, acompanhante e RN, chegavam ao serviço, iniciávamos o seu acolhimento. Durante o primeiro contacto um dos nossos objetivos primordiais era estabelecer uma relação terapêutica e empática com o casal pela labilidade emocional característica deste período.

Diversos fatores contribuem para o Risco de humor depressivo durante o período pós-parto (ICN, 2019). As alterações hormonais associam-se à dicotomia entre o bebé esperado e o real, à fadiga do parto, a experiências de parto nem sempre percecionadas como positivas, à perceção de já não ser o centro das preocupações em prol do RN, ao aumento das responsabilidades inerentes ao novo papel e às alterações a nível pessoal, familiar e social que experiencia. As patologias do tipo depressivo, que podem variar entre o *blues* pós parto, a depressão pós-parto e a psicose puerperal, normalmente não se manifestam nas primeiras horas após o parto, contudo, a sua prevenção é o melhor tratamento. Desta forma, privilegiamos todos os contactos com a puérpera como oportunidades para prevenir estas patologias através da escuta ativa e incentivo à expressão de sentimentos, da desmistificação da crença que o puerpério é um período onde não há lugar para sentimentos tristes e do incentivo ao envolvimento do pai nos cuidados ao RN. Esta última intervenção permite, em simultâneo, prevenir a patologia depressiva na puérpera e também no pai. A importância da prevenção aumenta quando compreendemos o impacto que a mesma pode ter na ligação mãe-pai/filho, na vinculação entre o RN e os pais e no desenvolvimento psíquico e social da criança, com impacto na sua saúde mental ao longo de todo o ciclo vital (DGS, 2005; Leitão, 2016). O estabelecimento de uma relação de confiança com o casal, para além de promover a sua saúde mental, facilita a partilha de experiências, sentimentos e crenças importantes para a deteção precoce de condições facilitadores e dificultadores da transição para a parentalidade.

Com o nascimento do RN nascem também uma mãe e um pai que se têm vindo a preparar ao longo da gravidez para aquele momento. A perceção de mestria e confiança no papel de mãe e pai não será atingida nos primeiros meses de exercício do papel e são vários os fatores

que a influenciam. A idade materna, percepção da experiência de parto, separação precoce entre a mãe o filho, pressão e/ou suporte social e familiar, traços próprios da personalidade, auto estima e auto conceito, estado de saúde maternos, bem como o temperamento, aparência, responsividade e estado de saúde da criança moldam a construção da auto imagem materna e a percepção da sua eficácia no cumprimento do papel (Meleis, 2010). Desta forma, compreende-se a importância de proceder a uma colheita de dados completa, por forma a assistir a puérpera na criação de uma imagem positiva de si enquanto mãe.

Quando oportuno, após o estabelecimento de uma relação terapêutica com o casal, apresentávamos a equipa e realizávamos uma orientação guiada às estruturas físicas do serviço, enfatizando os locais que o casal iria usufruir, como o quarto com casa de banho integrada, o seu armário e a banheira e muda-fraldas de RN, este último presente somente nos quartos individuais. Após a interação inicial e acomodação da tríade no quarto, explicávamos a missão e a filosofia de cuidados, nomeadamente os direitos e deveres perante a sua situação de cliente.

Concluída a acomodação do casal e após a consulta do processo clínico e do livro de saúde da grávida, continuávamos o processo de colheita de dados, confirmando e acrescentando dados relevantes para o processo de enfermagem individualizado da tríade. Para além da informação fornecida pelo EESMO que acompanhou a transferência da puérpera para o nosso serviço, procurávamos saber, através de consulta do processo ou entrevista ao casal, dados demográficos, história ocupacional e escolaridade, contacto de uma pessoa significativa, nome pelo qual preferiam ser tratados, nome do RN e se frequentaram algum curso de preparação para a parentalidade. De seguida, identificávamos sentimentos positivos, negativos e crenças associadas à cultura de cada elemento que poderiam facilitar ou dificultar a transição para a parentalidade. Adicionalmente, escutávamos a história do parto atual, na perspetiva do casal, de forma a compreender a sua percepção e satisfação em relação ao mesmo e o impacto atual e futuro destes sentimentos.

Considerando a notícia da gravidez como o início desta transição e a percepção de mestria e confiança no papel como o seu culminar, o parto constitui uma ínfima parte desse intervalo de tempo. Contudo, este evento crítico é antecipado e preparado durante toda a gravidez e influencia positiva ou negativamente todo o puerpério e parentalidade. Uma experiência de parto percecionada como negativa pode condicionar o assumir da maternidade pela puérpera, influenciando negativamente a ligação mãe-filho e, consequentemente a vinculação. Neste âmbito, quando estes sentimentos em relação ao parto eram detetados intensificávamos as intervenções do tipo escutar, reforçávamos as intervenções promotoras da saúde mental, com o intuito de prevenir a ocorrência de *stress* pós-traumático ou depressão, e ficávamos atentos a sinais de alarme sugestivos de uma ligação mãe-filho comprometida (DGS, 2005; Prata, 2015; Sereno et al., 2012).

Neste período, a ligação mãe-pai/filho adquire um novo significado. Na gravidez o casal inicia a ligação emocional ao feto, que passa a desempenhar um papel central nas suas vidas, contudo, após o nascimento do RN, surge a oportunidade de o ver, sentir e cheirar pela primeira vez. O contacto visual face a face, comunicar com o RN, sorrir, chamar-lhe pelo nome, atribuir-lhe características positivas, elogiar e verbalizar sentimentos positivos, brincar e interagir com ele contribuem para o reforço positivo da ligação entre os pais e o seu filho (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando estes comportamentos eram observados, em associação a outros como a preocupação com o bem-estar do RN, mantendo-o bem alimentado, seguro e confortável (Hockenberry & Wilson, 2014), enunciávamos o diagnóstico de Ligação mãe/pai-filho efetiva (ICN, 2019). Em algumas situações, como no caso de mães adolescentes, deprimidas, vítimas de violência ou toxicodependentes existe um risco acrescido de Ligação mãe-filho comprometida (ICN, 2019). Nestas situações observávamos cuidadosamente o comportamento da mãe com o RN, o suporte social e familiar existente e a necessidade de acionar a equipa multidisciplinar de ação social para apoiar e acompanhar a família aquando da alta para o domicílio. No decorrer deste módulo presenciamos duas situações em que foi necessário acionar o serviço de ação social de forma a garantir a segurança da mãe e do RN aquando da alta. Para além da referenciação social, ao identificar este diagnóstico definíamos um plano estruturado de intervenções que incluíam um acompanhamento próximo da díade durante um internamento prolongado e ações dirigidas e adequadas às necessidades identificadas.

Este foco essencial ao desenvolvimento da família de uma forma saudável era observado tanto na mãe como no pai, apesar de terem formas diferentes de o exprimir. A figura materna opta pelo contacto face a face e o toque frequentes. Por outro lado, a figura paterna privilegia interações mais curtas mas intensas, caracterizadas pela presença de risos e jogos físicos ou focados em objetos. Este conhecimento permitiu-nos identificar e adequar melhor as nossas intervenções que, de uma forma geral, consistiam em incentivar estes comportamentos positivos, a expressão de sentimentos relativos ao bebé e envolver ambos os pais nos cuidados ao RN avaliando-o na sua presença, destacando os achados normais nas características do RN, identificando sempre o RN pelo seu nome e encorajando-os a segurar o RN ao colo, interagir com ele e participar nos seus cuidados. Um ponto positivo que destacamos é a possibilidade do pai acompanhar a díade durante todo o internamento, no caso dos quartos individuais, e em horário alargado, nos quartos duplos. A presença frequente do pai é facilitadora da ligação pai-filho e da reestruturação de papéis e funções que a família experiencia (Hockenberry & Wilson, 2014).

Infelizmente nem todos os casais têm a possibilidade de acompanhar as primeiras horas, dias ou meses de vida do seu filho da forma que idealizaram. O internamento na neonatologia constitui um evento crítico que afeta negativamente esta transição e exige resiliência parental e neonatal para o ultrapassar. Tivemos a oportunidade de cuidar de oito famílias cujos RNs necessitaram de algum tipo de vigilância nos cuidados especiais neonatais

e, por esse motivo, apresentavam Risco de Ligação mãe-pai/filho comprometida (ICN, 2019). Nestas situações procurávamos articular com a equipa de enfermagem de neonatologia o momento ideal para, assim que possível, os pais fossem visitar o RN. Quando pertinente, alertávamos o casal para os achados normais num prematuro com determinada IG, de forma a prepará-los para a realidade que iriam encontrar. De seguida, informávamos e esclarecíamos o casal sobre a localização e regras gerais do serviço de neonatologia e promovíamos o primeiro contacto entre eles. Incentivávamos as visitas frequentes ao serviço por parte de ambos os progenitores ou, se a mãe não reunisse condições para se ausentar do serviço de puerpério, informávamos da possibilidade de ir o pai e realizar videochamada com a mãe para permitir a visualização do seu filho. Sempre que o desejo da mãe era amamentar o seu filho, incentivávamos a lactação precoce e iniciávamos a estimulação da mama e extração de colostro assim que pertinente. Ensinávamos sobre a estimulação da lactação, nomeadamente a sua importância, a frequência ideal e estratégias para o implementar e esclarecíamos que inicialmente a mama produz colostro, pelo que as quantidades são reduzidas e a sua extração difícil, contudo, que pelo 3º dia ocorre o início da produção de leite, em maior quantidade e de mais fácil extração (OMS, 2018a; Santos & Baptista, 2016). A conservação do leite materno também era esclarecida e todas as gotas de colostro ou leite extraídas eram elogiadas e entregues no serviço de neonatologia para administrar ao RN, assim que possível.

Um outro fator importante relacionado com a criação de laços afetivos na família relaciona-se com a presença de irmãos mais velhos. A possibilidade de ciúme e rejeição por parte do irmão mais velho em relação ao novo elemento da família, por vezes, atormenta os pais durante toda a gravidez. Muitos casais vão desenvolvendo estratégias para envolver o irmão e iniciar a criação de afetos ainda na gravidez e, segundo Hockenberry & Wilson (2014), esta é uma estratégia eficaz. A interação das crianças com o RN é influenciada por fatores como a idade e a preparação pré-natal para este contacto, sendo caracterizada por verbalizações dirigidas à mãe sobre o RN e focalizadas na cabeça e rosto do mesmo. A estimulação desta ligação era efetuada através do incentivo à presença dos irmãos no quarto e, sempre que desejavam, permitindo a sua participação, adequada à idade, nos cuidados ao RN (Hockenberry & Wilson, 2014). As reações dos irmãos mais velhos que tivemos oportunidade de presenciar eram muito díspares e variaram entre aqueles que não largavam o irmão e pediam uma explicação para tudo o que se fosse fazer e aqueles que interagiam uns minutos e sentiam que era suficiente.

Um fator facilitador da ligação mãe-pai/filho efetiva era a frequência de sessões de preparação para a parentalidade durante a gravidez. Os casais que frequentaram estes programas mostravam-se mais envolvidos e seguros em relação aos cuidados ao RN, respondendo melhor às suas necessidades, tal como evidenciado na literatura disponível (Meleis, 2010). Este comportamento parental é facilitador do processo de Vinculação (ICN, 2019) entre o RN e os pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Além do referido, os programas de preparação para a parentalidade desempenham um papel importante na dotação dos pais de conhecimentos teóricos e práticos relativos às competências parentais inerentes ao cuidado de um filho (Meleis, 2010). Se durante a gravidez o foco é a Adaptação à parentalidade (ICN, 2019), em que o casal compreende ações para se preparar para ser pai ou mãe, após o nascimento surge a oportunidade de colocar em prática o aprendido, emergindo assim o foco Parentalidade, que se define como “assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (ICN, 2019). O desenvolvimento deste foco está intrinsecamente relacionado com os diferentes fatores que influenciam a transição, destacando-se a consciencialização, o envolvimento, a ligação mãe-pai/filho, os eventos críticos, o conhecimento e preparação, as experiências anteriores, o apoio familiar e social, as crenças e os significados atribuídos e as características próprias do indivíduo. Desta forma, desenvolvendo intervenções promotoras de uma Parentalidade efetiva (ICN, 2019), contribuímos para uma transição saudável e uma família constituída por pais que se sentem competentes e seguros no desempenho dos novos papéis e um filho que se sente seguro, confia nos seus pais e apresenta um desenvolvimento físico, cognitivo e social esperado (Meleis, 2010).

Após a colheita inicial de dados, elaborávamos o plano de cuidados em conjunto com a família. Este plano incluía focos e diagnósticos dirigidos à puérpera, ao RN, ao pai e, por vezes, a outros elementos da família como os filhos mais velhos e os avós. Tivemos a oportunidade de delinear 174 planos de cuidados diferentes puérperas que refletiram a especificidade e necessidades de cada família. Da totalidade dos planos efetuados, 133 refletiram os cuidados a puérperas sem fator de risco acrescido e 41 a puérperas com algum fator de risco acrescido, como se observa na Figura 5. Simultaneamente, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a 116 RN sem fator de risco acrescido e a 48 com fatores de risco acrescido, como se pode observar na Figura 6.

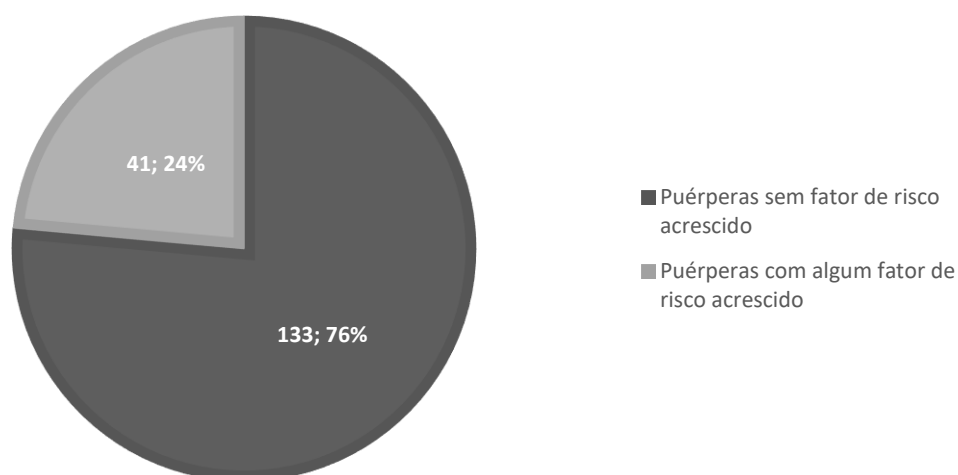


Figura 6 - Puérperas cuidadas em relação ao fator de risco acrescido

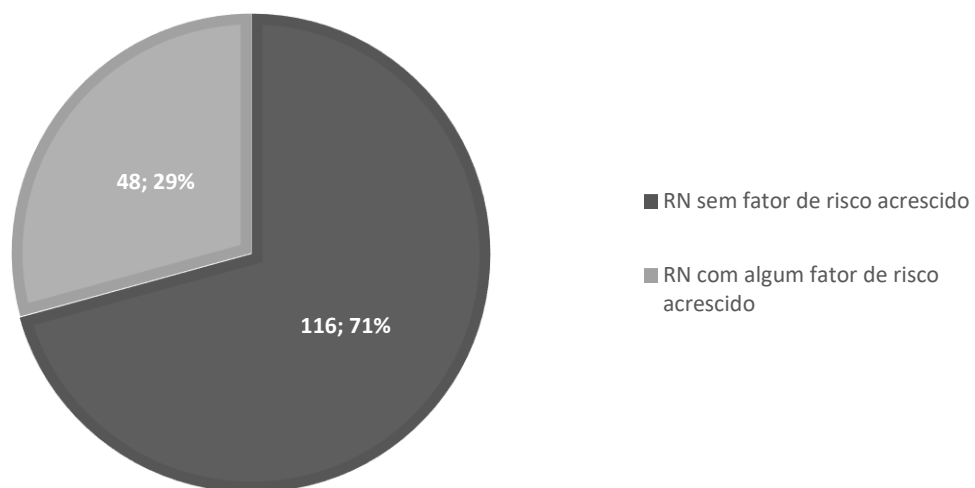


Figura 7 - RN cuidados em relação ao fator de risco acrescido

Apesar das especificidades de cada família, é possível traçar um conjunto de focos, diagnósticos e intervenções comuns à maioria. Estes elementos traduzem o plano de cuidados desde a admissão até ao momento da alta e refletem a preparação da alta desde a admissão. O internamento neste serviço era, regra geral, de curta duração. Em caso de parto vaginal, eutócico ou distócico, o protocolo hospitalar recomenda um internamento de 48 horas, que, no caso de parto distócico por cesariana é prolongado em 24 horas. A duração do internamento segue as recomendações da OMS (2013, 2017) em hospitalizar a díade durante, no mínimo, 24 horas após o nascimento. Desta forma e considerando o conjunto de informação importante a transmitir, as intervenções implementadas eram direcionadas aos défices de conhecimento detetados naquele casal em concreto, adequadas à disponibilidade do casal para as receber e adaptadas cultural e intelectualmente à família (OMS, 2013; Santos & Baptista, 2016).

Os cuidados à puérpera incidem sobre dois tipos de intervenções, as preventivas de complicações e as promotoras do autocuidado e bem-estar e, em conjunto, objetivam a rápida recuperação da puérpera e da sua autonomia (Santos & Baptista, 2016).

Neste sentido, após estabelecermos uma relação terapêutica com a tríade e proporcionarmos a oportunidade de se acomodarem, iniciávamos a avaliação física da puérpera e do RN, por forma a detetar precocemente complicações e intervir atempadamente. O exame físico da puérpera era realizado em todos os turnos para assegurar uma monitorização sistemática dos sinais e sintomas e uma intervenção precoce, em caso de necessidade. Esta avaliação, no sentido cefalocaudal, incluía: estado de consciência, parâmetros vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, dor e temperatura), pele e mucosas, mamas e mamilos, lóquios (cor, quantidade e cheiro), contração e involução uterina, presença de ferida perineal (episiorrafia ou perineorrafia) ou ferida cirúrgica abdominal, nos casos de cesariana, presença de edema do períneo e/ou

membros inferiores, eliminação vesical e intestinal (OMS, 2013, 2018b; Santos & Baptista, 2016).

A avaliação dos sinais vitais apresenta uma importância extrema, na medida em que rapidamente nos alerta para possíveis problemas. A hipertensão no período puerperal pode ser indicativa do ajuste normal do corpo materno, regressando gradualmente a valores normais. Contudo, ficávamos atentas à evolução dos valores tensionais pelo risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia após o parto, comunicando à equipa médica qualquer achado anormal, conforme discutido no Capítulo 2. Não obstante os valores tensionais normais, alertávamos para a ocorrência de cefaleias, alterações visuais, náuseas e/ou vômitos como sintomas importantes no despiste desta patologia nas primeiras 72 horas após o parto (NICE, 2015a). Por outro lado, a hipotensão pode surgir associada ao primeiro levante ou ser indicativa de hemorragia pós parto (Santos & Baptista, 2016).

O primeiro levante após o parto varia consoante o tipo de parto e o estado materno. Nos partos por via vaginal, eutócicos ou distócicos, a puérpera podia levantar quando se sentisse bem e preparada para o fazer. Devido ao Risco de hipotensão (ICN, 2019) era aconselhada a fazê-lo após a ingestão de alimentos e acompanhada por nós, de forma a realizar um levante progressivo com vigilância da TA antes, durante e após, bem como de sinais e sintomas como tonturas, cefaleia, visão turva, palidez da pele e mucosas e sudorese. No decorrer deste módulo presenciamos uma puérpera que apresentou hipotensão ortostática com necessidade de protelar o primeiro levante. Pelo Risco de processo vascular comprometido (ICN, 2019) incentivávamos a efetuar levante e iniciar a deambulação precoces. O repouso prolongado no leito está associado a maior risco de formação de fenómenos tromboembólicos, pelo que a vigilância de sinais inflamatórios nos membros inferiores, em conjunto com o referido, eram as intervenções autónomas implementadas em associação a este diagnóstico. Para além das intervenções autónomas, quando prescrito pela equipa médica, administrávamos medicação SC (enoxaparina, uma vez dia) em dose profilática (40mg) ou terapêutica (de acordo com o peso da puérpera). Estas intervenções eram mais comuns nas mulheres submetidas a parto distócico por cesariana devido à recomendação de repouso no leito durante 12 horas após o parto. Quando este diagnóstico era identificado, incentivávamos a puérpera a executar movimentos ativos nos membros inferiores, através da flexão e extensão das articulações da anca, joelho e tornozelo e da rotação desta última, até fazer o primeiro levante. Sintomas como dor unilateral, rubor ou edema na região gemelar do membro inferior, sinal de Homans positivo e/ou sensação de dispneia ou dor torácica constituíam sinais de alerta de tromboembolismo e, quando pertinente, ensinávamos a puérpera sobre a importância de os vigiar e comunicar o seu aparecimento, mesmo após a alta para o domicílio. (NICE, 2015a; Santos & Baptista, 2016).

No entanto, nem sempre a causa da hipotensão estava relacionada com o levante da puérpera, dado que a diminuição da TA é uma resposta fisiológica do corpo humana à hemorragia. Perante um quadro de hemorragia pós-parto, para além da alteração da TA é

possível observar um aumento na frequência cardíaca e respiratória. Associados a estes sinais, normalmente surgem sintomas como a sensação de desmaio, tontura, palidez cutânea e, em casos graves, perda de consciência (NICE, 2015a). Apesar da gestação múltipla e da grande multiparidade estarem associadas a maior risco de hemorragia no pós-parto, a maioria das mulheres que experienciam esta complicação não apresentam fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis (OMS, 2014a). Desta forma, em todas as parturientes era enunciado o diagnóstico de Risco de Hemorragia (ICN, 2019) e desenvolvidas atividades diagnósticas para a sua detecção precoce. A prevenção e o tratamento imediato da hemorragia constituem pontos cruciais no combate àquela que constitui a quarta causa de morte materna a nível mundial (OMS, 2014a). A observação do penso e/ou da ferida cirúrgica abdominal, no caso de parto distócico por cesariana, e da inspeção do canal de parto, no caso de parto por via vaginal, e da palpação abdominal para avaliação da contração e involução uterina constituíam atividades diagnósticas adicionais em caso de suspeita de hemorragia. Felizmente, no decorrer deste módulo, não presenciámos nenhuma puérpera com o diagnóstico de hemorragia pós-parto. Não obstante, alertávamos os casais para a necessidade de estarem atentos aos sintomas referidos, mesmo após a alta, ensinando, sempre que se verificava défice de conhecimento, sobre os lóquios, o processo de involução uterina e estratégias para o promover, como a massagem uterina e o esvaziamento urinário (NICE, 2015a).

Relativamente à avaliação da frequência cardíaca, a presença de taquicardia pode ser sinónimo de hemorragia, como referido, de dor ou de infeção. O foco Dor (ICN, 2019) era incluído no plano de cuidados da puérpera pela importância que o mesmo apresenta, sendo considerado o quinto sinal vital pela DGS (2003). No puerpério as principais queixas algícas são de origem abdominal, perineal, mamária e musculoesquelética. Relativamente à última, normalmente origina-se na adoção de posições incorretas durante o TP ou a amamentação e melhoram com a prática de exercício físico moderado, de início gradual. Em alternativa, esta dor pode ser causada pelos edemas dos membros inferiores, que normalmente se iniciam na gravidez e se podem prolongar até três semanas após o parto. A elevação dos membros, pequenas caminhadas e a aplicação de água fria durante um a dois minutos nos pés e pernas eram aconselhados como estratégias para reduzir o edema e, consequentemente o desconforto causado pelo mesmo (Santos & Baptista, 2016). Relativamente à dor na mama e mamilo iremos abordá-la posteriormente neste capítulo, aquando da amamentação. No que concerne à dor na região perineal, normalmente origina-se em hemorroides, traumatismos do parto e/ou em complicações decorrentes do mesmo. Assim, a presença de hemorroides, episiorrafia, perineorrafia, hematoma, equimose ou edema perineal eram associados a maiores dificuldades na deambulação e na adoção de certas posições, como a sentada. Quando se observou a presença de edema, hematoma ou equimose, aconselhávamos o uso da crioterapia (Francisco, Oliveira, Leventhal, & Bosco, 2013; NICE, 2015a; Santos & Baptista, 2016; Silva, 2019). A aplicação de gelo na região perineal era descrita pelas puérperas como um método eficaz de alívio da dor, o que é

corroborado pela evidência científica encontrada, que justifica a ação analgésica do gelo pelo efeito vasoconstritor do mesmo (Francisco et al., 2013; Santos & Baptista, 2016). A duração e frequência desta terapia não é unânime. Alguns autores sugerem a aplicação intermitente de 8/8h (Santos & Baptista, 2016), não superior a 15 minutos, enquanto outros sugerem a sua utilização durante 10 minutos, em intervalos superiores a duas horas (Francisco et al., 2013; Silva, 2019). De forma a uniformizar a informação transmitida à puérpera, discutimos, em equipa multidisciplinar, a evidência encontrada e a experiência profissional relativa ao uso da crioterapia e definiu-se recomendar a aplicação de gelo durante 10 a 15 minutos, em intervalos não inferiores a duas horas. Perante a observação de hemorroides que causavam desconforto na puérpera, além da aplicação de gelo, recomendávamos a adoção de uma dieta não obstipante, adoção de posições antiálgicas e, quando necessário, o uso de métodos farmacológicos, como a pomada anti hemorroidária, laxantes e venotrópicos, conforme prescrição médica (NICE, 2015a). Por último, mais frequente em puérperas submetidas a cesariana, surgiam as queixas álgicas abdominais. A presença de ferida cirúrgica no abdómen constitui o principal fator de risco para a dor nesta região, contudo era frequente a perceção de dor abdominal durante a amamentação em todas as puérperas, independentemente do tipo de parto. Durante a amamentação ocorre a libertação de ocitocina, hormona responsável pela contração uterina que justifica a presença destas queixas. Nesta situação, ensinávamos a puérpera sobre a relação da ocitocina com a amamentação e a contração uterina, esclarecendo que este mecanismo fisiológico é uma prova de que a amamentação está a ser eficaz. Por outro, na presença de ferida cirúrgica abdominal aconselhávamos a puérpera a fazer contenção abdominal com a mão aquando da deambulação e do levante nos primeiros dias, bem como para tossir ou espirrar. Independentemente da localização da dor, sempre que a dor era refratária aos métodos não farmacológicos, administrávamos a analgesia prescrita em SOS. Nas puérperas submetidas a cesariana ou que apresentavam laceração de 3º ou 4º grau, administrávamos a analgesia fixa, via epidural, EV, IM ou PO, segundo protocolo e prescrição (NICE, 2015a; Santos & Baptista, 2016).

Relativamente ao Risco de Infecção (ICN, 2019), vários sinais nos alertavam para a sua existência, sendo a taquicardia, taquipneia, febre e dor os principais. Nas primeiras 24 horas após o parto a puérpera pode experimentar um estado de hipertermia decorrente dos esforços expulsivos, contudo, se a temperatura persistir acima de 38°C recomenda-se a pesquisa de outros sinais de infeção, sobretudo quando houve, concomitantemente, febre intraparto. De forma a prevenir a infeção puerperal ensinávamos a puérpera sobre a higiene perineal, recomendando a troca frequente de penso higiénico, a lavagem das mãos antes e após o fazer e a lavagem diária do períneo, no sentido ântero-posterior, através de duche, com água tépida e produtos adequados à zona íntima. Simultaneamente à prevenção da infeção, intervínhamos na capacitação da mulher para a detetar precocemente. Assim, no decurso do exame físico, procedíamos à inspeção do canal de parto para verificar a presença de episiorrafia e/ou lacerações e da sutura efetuada. Posteriormente, incentivávamos a

puérpera a esclarecer as suas dúvidas relativas ao processo de cicatrização da ferida perineal e informávamos que em caso de aumento da dor ou edema, cheiro fétido e/ou febre se recomenda que procurem observação por profissional de saúde aquando da alta (NICE, 2015a; Santos & Baptista, 2016). Outras causas frequentes de infeção no puerpério são as infeções da mama, que serão abordadas posteriormente, da ferida cirúrgica abdominal e do trato urinário (Siddall, 2015). Relativamente às infeções do trato urinário, a boa higiene perineal constituiu uma forma de prevenção, pelo que era ensinado a todas as puérperas que apresentavam défices de conhecimento em relação a esse tópico. No que concerne à ferida cirúrgica, a mesma só era observada no dia da alta, pelo risco aumentado de infeção aquando da sua exposição. Assim, todos os turnos vigiávamos o penso abdominal e, na presença de serosidade ou sangue, delimitávamos a mancha e monitorizávamos a sua evolução. No dia da alta observávamos a ferida cirúrgica, recomendávamos a remoção de pontos na unidade de cuidados de saúde primários afeta à puérpera entre o 8º e o 10º dia pós-parto, e informávamos sobre sinais de alerta para recorrer aos serviços de saúde (Santos & Baptista, 2016). No decorrer deste módulo, tivemos a oportunidade de cuidar de duas puérperas re-internadas por infeção puerperal e várias a cumprir tratamento com antibiótico que prolongou a duração do seu internamento.

Finda a avaliação dos parâmetros vitais, que nos permite identificar inúmeras complicações próprias do puerpério, prosseguíamos com o exame físico da puérpera, observando a pele e mucosas. Na presença de diaforese e/ou tremores intensos era explicado à puérpera que estes são frequentes no pós-parto e não constituem desvios da normalidade. Em relação à presença de estrias e/ou hiperpigmentação informávamos que as mesmas podem desvanecer mas normalmente não desaparecem completamente, recomendando a aplicação de creme hidratante para atenuar as primeiras. Apesar das questões estéticas constituírem uma preocupação por parte da puérpera, o grande objetivo da observação deste sistema era despistar a hemorragia pós-parto, conforme explicado anteriormente (Santos & Baptista, 2016).

Prosseguíamos com a avaliação das mamas e mamilos, que nos permitia identificar eventuais dificuldades que a díade poderia experienciar na amamentação. Observávamos a presença de edema, tensão e/ou rubor, a integridade da pele e as características do mamilo, nomeadamente a integridade, sensibilidade e o tipo (Santos & Baptista, 2016).

De seguida, avaliávamos o abdómen materno e a região perineal, através de atividades como vigiar a involução uterina, vigiar o penso da ferida cirúrgica e a ferida cirúrgica abdominal (em caso de parto distócico por cesariana), vigiar ferida cirúrgica perineal e/ou vigiar laceração (em caso de parto vaginal) e vigiar lóquios. Estas atividades diagnósticas eram associadas aos focos Risco de Infeção e Risco de Hemorragia pós-parto, como anteriormente referido.

Após o parto o útero inicia o seu caminho de regresso à normalidade através de um processo denominado involução uterina. Imediatamente após o parto é possível palpar o útero na linha umbilical, em forma de bola denominada globo de segurança de Pinard, e espera-se que a involução ocorra a um ritmo de 1 a 2cm por dia. Decorrente do processo de cicatrização do útero, este expulsa um conteúdo denominado lóquios, que se assemelha ao período menstrual e pode prolongar-se por duas a seis semanas após o parto (A. Ferreira, 2016). O conhecimento da puérpera sobre sinais de alarme relativo ao processo de involução e aos lóquios era avaliado e, quando se detetou um potencial para melhorar esse conhecimento, implementávamos intervenções do tipo ensinar.

A avaliação da região abdominal incluía atividades diagnósticas no âmbito da eliminação urinária e intestinal. No período após o parto, devido ao aumento da capacidade vesical, da analgesia ou anestesia e de eventuais traumatismos de parto, há um maior Risco de Retenção Urinária (ICN, 2019). Simultaneamente, pode ocorrer distensão vesical que dificulta o processo de involução uterina e aumenta o risco de hemorragia. Desta forma, vigiávamos a presença da primeira micção espontânea, que se espera que ocorra nas primeiras seis horas após o parto ou a remoção do cateter vesical (NICE, 2014, 2015a; OMS, 2013, 2018b; Santos & Baptista, 2016), observávamos as características da micção, nomeadamente a cor, cheiro, volume e a presença de disúria. Quando a puérpera não apresentou micção espontânea no intervalo de seis horas referido, implementávamos algumas intervenções como possibilitar a audição da queda de água, o contacto com água morna e a colocação de água no períneo, que se revelaram suficientes (NICE, 2015a). Para além do referido, em algumas puérperas era importante enunciar o diagnóstico de Incontinência urinária (ICN, 2019), uma complicação comum no pós-parto, visto que os músculos do soalho pélvico se encontram enfraquecidos. Desta forma, instruíamos a puérpera na realização de exercícios de reforço do pavimento pélvico, como os exercícios de Kegel, e a comunicar em caso de agravamento das perdas involuntárias de urina (NICE, 2015a).

Relativamente à eliminação intestinal, estávamos alertas para o Risco de Obstipação (ICN, 2019) e a Incontinência intestinal (ICN, 2019). Alterações na dieta com possibilidade de jejum durante o TP, desidratação, hipersensibilidade perineal, hemorroides e medo de evacuar pela presença sutura nessa região são os principais fatores de risco para a obstipação (Santos & Baptista, 2016). Espera-se que a puérpera apresente a primeira dejeção nos três primeiros dias após o parto, pelo que uma dieta adequada e o aumento da ingestão hídrica eram aconselhados. Quando estas medidas se revelaram insuficientes administrávamos laxante, conforme prescrição médica (NICE, 2015a). Felizmente durante este módulo não presenciamos nenhuma puérpera com incontinência fecal.

Finalizávamos o exame físico com a observação dos membros inferiores. A pesquisa de sinais inflamatórios e edema constituíam as principais atividades diagnósticas, associadas ao foco Risco de processo vascular comprometido, anteriormente referido.

Adicionalmente, em puérperas diagnosticadas com diabetes, gestacional ou prévia à gravidez, enunciávamos o foco Metabolismo Energético (ICN, 2019). A diabetes gestacional pode ser definida “como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez.” (DGS, 2011, p. 19). Contrariamente ao que sucede nas puérperas com diabetes prévia à gravidez, as diagnosticadas com diabetes gestacional apresentam valores normoglicémicos no puerpério, sem necessidade de manter a terapêutica instituída durante a gravidez. Não obstante, eram necessárias, no mínimo, três pesquisas de glicemia capilar inferiores a 140mg/dl para suspender esta atividade de vigilância. Para além de seguir o protocolo de serviço e a prescrição médica relativas à monitorização da glicemia capilar e da administração de terapêutica, avaliávamos o conhecimento das puérperas sobre as implicações da diabetes gestacional em gestações futuras e na probabilidade de ter diabetes no futuro e incentivávamos a manutenção ou adoção de hábitos alimentares e de exercício saudáveis (DGS, 2011).

Conforme já explicado, o exame físico da puérpera era realizado aquando da admissão ao serviço e, posteriormente, no início do turno. Frequentemente observávamos sinais de cansaço materno nas avaliações subsequentes pelo que enunciávamos o Padrão de sono e repouso alterado e Risco de fadiga (ICN, 2019). O cansaço associado ao TP, a presença de desconfortos físicos, a satisfação das necessidades do RN e a presença frequente de visitas concorrem para a presença destes diagnósticos (Santos & Baptista, 2016). Com o intuito de prevenir ou tratar estes fenómenos eram implementadas intervenções promotoras do repouso e bem-estar da puérpera, que incluíam o respeito pelos períodos de descanso da puérpera com adequação das atividades aos mesmos e o aconselhamento em relação à limitação do número de visitas diária e de aproveitar os períodos de sono do RN para descansar. Adicionalmente, recomendávamos que após a alta adotasse uma dieta equilibrada e praticasse exercício físico com aumento gradual da intensidade (NICE, 2015a).

Finda a avaliação da puérpera, debruçávamos a nossa atenção naquele que é um dos principais intervenientes, o RN. Enquanto ser imaturo, vulnerável e dependente de um cuidador para todas as tarefas, possuindo reflexos e competências básicas que lhe permitem sobreviver fora do útero materno, o RN depende do EESMO para assegurar o seu bem-estar, numa fase inicial, e, simultaneamente, para capacitar os pais a cuidarem dele, de forma autónoma.

Na chegada do RN ao serviço confirmávamos a sua identificação, verificando ambas as pulseiras onde constava o número do processo, data de nascimento e o nome da mãe. De seguida, realizávamos o exame físico cefalocaudal do RN, onde observávamos a postura e o tônus, a respiração e o pulso, a pele e mucosas, a cabeça, o abdómen, o coto umbilical, a genitália, o dorso, o ânus, os membros superiores e inferiores e os reflexos primitivos. Salvo raras exceções, os procedimentos ao RN eram realizados na presença dos pais e, quando possível, com a sua colaboração. Todos os achados eram discutidos com os pais e

esclarecíamos todas as dúvidas que os mesmos expressavam. Quando observados, comunicávamos os desvios da normalidade, como o gemido, o adejo nasal, a tiragem intercostal, a hipotonia e outros, à equipa médica de pediatra (Hockenberry & Wilson, 2014). Todas as observações efetuadas eram registadas em associação ao foco Desenvolvimento infantil (ICN, 2019). Em associação, identificávamos os focos Eliminação urinária e Eliminação intestinal (ICN, 2019) pois a presença e frequência de micções e dejeções são indicadores da adaptação do RN à vida extrauterina e de um aporte nutricional adequado. Por este motivo, a sua vigilância era efetuada todos os turnos. Em todos os RNs que tivemos a oportunidade de cuidar, a primeira micção e dejeção ocorreram no período esperado, nas primeiras 24 e 48 horas de vida, respetivamente (Cardoso, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

Nos RNs cujas mães foram diagnosticadas com diabetes gestacional ou prévia à gravidez enunciávamos o Risco de Hipoglicemia (ICN, 2019). Como atividade de diagnóstico, vigiávamos os sinais e sintomas de hipoglicemia neonatal, nomeadamente hipotonia, letargia, tremor, irritabilidade, dificuldade em mamar, choro gritado e outros, e monitorizávamos a glicemia capilar, considerando hipoglicemia valores abaixo de 40mg/dl nas primeiras 24 horas (DGS, 2011; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013a). Na presença de um RN hipoglicémico informávamos o pediatra e seguíamos as suas indicações que normalmente variavam conforme se tratava de um RN sintomático ou assintomático e o primeiro episódio de hipoglicemia ou uma condição refratária à amamentação e/ou alimentação com leite artificial. Quando era prescrito suplemento, com leite materno ou adaptado, e o desejo da mãe era amamentar o RN privilegiávamos a alimentação por copo, evitando o biberão. A monitorização da glicemia capilar no RN era realizada em RN sintomáticos, filhos de mães diabéticas, com baixo peso ao nascer (inferior a 2500g) e/ou pré-termo. Todas as puérperas cujos filhos tinham um ou mais dos fatores de risco referidos eram incentivadas a amamentar frequentemente e a realizar contacto pele a pele com o RN como estratégias para prevenir a hipoglicemia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013a).

Relativamente à avaliação da pele e mucosas importa ainda destacar a presença de icterícia neonatal. A coloração amarelada da pele e escleróticas do RN é uma manifestação da acumulação de bilirrubina devida à imaturidade hepática do RN. Quando surge nas primeiras 24 horas de vida é considerada patológica e normalmente deve-se a incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o filho. Sendo uma ocorrência rara, tivemos a oportunidade de cuidar de um RN que apresentou incompatibilidade do grupo ABO. Bastante mais comum é ocorrência de icterícia fisiológica, após as primeiras 24 horas de vida do RN. Quando observávamos, na presença de luz natural, a coloração amarela no RN informávamos a equipa médica e, conforme prescrição, procedíamos à colheita de sangue capilar para monitorização dos níveis séricos de bilirrubina. O tratamento de eleição da icterícia é a fototerapia e, durante este módulo, cuidamos de 6 famílias cujos RNs necessitaram deste

tratamento. Após prescrição do tipo de fototerapia, simples ou dupla, pela equipa médica, preparávamos o material e conversávamos com os pais de forma a esclarecer todas as suas dúvidas. Posteriormente, dávamos início ao tratamento, colocando o RN apenas com fralda e proteção ocular no berço onde se realizava a fototerapia e que permanecia no quarto da mãe. Por forma a prevenir efeitos colaterais, maximizar a eficácia do tratamento e estimular a ligação mãe-pai/filho, informávamos os pais sobre a importância de retirar apenas o RN para realizar os cuidados, mantendo-o na fototerapia o máximo de tempo possível, inclusive na presença de visitas; aconselhávamos a não usar óleos, cremes ou loções na pele do filho, para evitar queimaduras; recomendávamos a mudança de decúbito de duas em duas horas; promovíamos o aumento da frequência das mamadas; promovíamos o contato pele a pele durante as pausas para mamar; vigiávamos os olhos do RN para despiste de lesões oculares; vigiávamos as características da eliminação, pelo risco de desidratação; vigiávamos as alterações na pele; e vigiávamos o estado geral e reflexos do RN (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013b). As atividades de vigilância descritas eram realizadas considerando os focos Risco de integridade da pele comprometida e Risco de volume de líquidos comprometido (ICN, 2019).

Devido à presença de fatores de risco, a equipa médica de pediatria prescrevia antibióticos profiláticos no RN, após colheita de rastreio séptico. Nestas situações, enunciávamos o Risco de Infecção (ICN, 2019) e, para além de administrarmos os antibióticos EV conforme prescrição, vigiávamos a respiração, o pulso, a postura, o tônus e a reatividade do RN de uma forma ainda mais cuidada e todos os turnos. Na presença de alterações comunicávamos à equipa médica. Durante este módulo, três RNs assintomáticos foram tratados com antibiótico no serviço de puerpério, o que permitiu mantê-los junto aos pais e não comprometeu a criação de laços familiares.

Cuidar do RN durante o internamento constituiu, em todos os momentos, um trabalho de equipa onde os pais iam, gradualmente, assumindo mais funções e tornando-se mais autónomos no seu papel. A adoção de comportamentos e valores que objetivavam a promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos do seu filho, de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai denomina-se Papel parental (ICN, 2019) e era um foco central da nossa atenção. A preparação para a parentalidade através da frequência de programas próprios, da consulta de livros e revistos da área e dos profissionais de saúde, associada ao contacto prévio com outros bebés, seja de familiares, amigos ou, preferencialmente, filhos mais velhos, associam-se a uma maior sensação de segurança e constituem um fator facilitador na transição para a parentalidade e na aquisição de competências parentais (Cardoso, 2014).

Identificar as necessidades do casal durante o curto período de internamento era essencial para adequar as intervenções no âmbito deste foco. A disponibilidade para aprender associada à auto percepção da necessidade de aprender são essenciais no sucesso da aprendizagem e motivaram de nossa parte uma atenção especial na identificação das

necessidades e implementação de intervenções individualizadas. De uma forma geral, os casais identificaram como áreas a desenvolver competências relativas aos cuidados ao RN: a alimentação, incluindo a amamentação e a alimentação com biberão, os cuidados de higiene, incluindo a muda da fralda, o coto umbilical e os cuidados aos olhos, nariz e pavilhão auricular, o choro, os achados normais e a segurança.

A competência parental que mais dúvidas e receios suscitou era a alimentação do RN, principalmente a amamentação. A amamentação é a forma natural de alimentar um RN e garante um aporte nutricional adequado e suficiente. A OMS e a UNICEF recomendam que a amamentação se inicie na primeira hora após o parto, continue em regime de exclusividade até aos seis meses de vida e, posteriormente, se prolongue até aos dois anos ou mais, em associação à introdução de novos alimentos. No entanto, vários fatores influenciam a duração da amamentação e algumas mães não amamentam os seus filhos, algumas por opção outras por condições incompatíveis ou contraindicações à amamentação (OMS, 2018a). Desta forma, na admissão da díade procurávamos compreender se existia alguma condição materna (infecção por VIH, medicação, infecção por vírus herpes simplex tipo 1 com lesões na mama) ou infantil (diagnóstico de galactosemia ou fenilcetonúria, muito baixo peso ao nascer, muito pré-termo, com hipoglicemia refratária à adequada amamentação ou alimentação com leite materno) que contraindicassem, de forma absoluta, relativa, permanente ou temporária a alimentação com leite materno (Hockenberry & Wilson, 2014; OMS & UNICEF, 2009). Durante este módulo, tivemos a oportunidade de cuidar de uma puérpera com o diagnóstico de VIH, com carga viral positiva, que era recomendada a não amamentar o seu filho, sendo fornecido gratuitamente leite artificial, conforme prescrito pelo pediatra e recomendado pela OMS e DGS (OMS, 1981). As restantes díades que cuidamos ao longo deste módulo não era conhecida nenhuma condição materna ou infantil que condicionasse a amamentação de forma definitiva. Assim, na admissão, procurávamos conhecer o desejo da puérpera em amamentar o seu RN e o que motivava a sua decisão. Conversávamos com a puérpera sobre experiências anteriores, próprias ou de conviventes significativos, crenças e mitos relacionados à amamentação e esclarecíamos as dúvidas que ela expunha. Finalmente, aceitávamos a decisão materna de amamentar ou não amamentar o seu filho e apoiávamos essa decisão, sem juízos de valor.

Quando o desejo materno era de não amamentar, identificávamos o diagnóstico Lactação interrompida (ICN, 2019) e comunicávamos a decisão às equipas médicas da área de obstetria e de pediatria. Sempre que a alimentação do RN era realizada com recurso a leite artificial e não havia intenção ou possibilidade de amamentar no futuro, avaliávamos o conhecimento dos pais sobre o foco Alimentar com biberão (ICN, 2019) e, quando detetado potencial para aumentar o conhecimento, implementávamos intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar a alimentar com biberão, incluindo a preparação do leite artificial e os cuidados a ter com o material. Este foco era enunciado também em casais cuja necessidade

de suplementação com leite artificial no domicílio era prescrita pelo pediatra e quando os pais nos questionavam sobre este tópico (Cardoso, 2014; NICE, 2015a).

Por outro lado, quando a mãe desejava amamentar o seu bebé, identificávamos o foco Amamentação (ICN, 2019). Idealmente, quando a díade era admitida no serviço de puerpério a primeira mamada já havia ocorrido no núcleo de partos, respeitando uma das recomendações da iniciativa hospital amigo dos bebés, conforme referido no capítulo anterior. Felizmente, a maioria das puérperas teve a oportunidade de amamentar o seu filho na primeira hora de vida, o que assegura um bom ponto de partida no estabelecimento da lactação (OMS, 2018a; OMS & UNICEF, 2020). Foi com grande felicidade que constatamos que o CMIN é um hospital Amigo dos bebés, onde esta e outras medidas da iniciativa eram seguidas durante este módulo e se apoiou os casais neste processo da amamentação. Desta forma, observávamos sempre a primeira mamada realizada no serviço e obtínhamos dados relevantes para o plano de cuidados da tríade. Adicionalmente, avaliávamos, através de entrevista e/ou observação, o conhecimento e/ou a capacidade do casal relativamente a: composição do colostro e do leite materno, mecanismo de produção e ejeção de leite e formas de o estimular, sinais de fome e saciedade do RN, sinais de ingestão nutricional suficiente, sinais de boa pega, adoção de uma posição confortável pela mãe, diferentes posições do RN durante a mamada, amamentação em livre demanda, critério para escolha da mama, estimulação do RN antes e durante a mamada, posições para colocar o RN a eructar, prevenção de complicações e cuidado às mamas (Cardoso, 2014). A obtenção destes dados ocorreu de forma faseada, em momentos oportunos, e de acordo com as necessidades que fomos percebendo. De acordo com a avaliação efetuada, enunciávamos o diagnóstico correspondente e implementávamos as intervenções mais adequadas.

Uma das principais dificuldades percecionadas pelos pais era o posicionamento e correta adaptação do RN à mama. A concretização de uma boa pega é essencial desde o primeiro momento para prevenir complicações futuras, como a dor, a maceração e a fissura do mamilo. Desta forma, ensinávamos o casal que se recomenda que a mãe adote uma posição confortável, com as costas e os pés apoiados quando sentada ou deitada, e posicione o RN com o corpo e a cabeça alinhados em uma de diferentes posições, de frente para a mãe e barriga com barriga, nas posições sentada ou deitada, ou tipo bola de rugby, onde o corpo do RN é colocado debaixo da axila materna e a barriga do RN toca nas costelas da mãe. Adicionalmente, capacitávamos os pais a identificar sinais de uma boa pega, explicando que se recomenda: apoiar a mama com a mão em forma de C em que o dedo polegar está acima da aréola e os restantes debaixo da mama; tocar os lábios do RN com o mamilo para estimular o reflexo de busca e facilitar a abertura da boca; aguardar que ele abra a boca antes de levar o bebé à mama; observar o queixo a tocar na mama, os lábios virados para fora e as bochechas arredondadas, com o nariz afastado da mama e, pelo menos, um quarto da aréola dentro da boca do RN (Cardoso, 2014; NICE, 2015a; OMS, 2018a).

No entanto, nem sempre a segurança de um posicionamento e pega adequados era suficiente para acalmar um dos maiores receios paternos, estará o seu filho a alimentar-se o suficiente? Esta dúvida era persistente e comum a todas as tipologias de pais, com ou sem preparação para a parentalidade, com ou sem filhos anteriores, com ou sem experiência anterior na amamentação. Sempre que esta dúvida surgia, reforçávamos a capacidade materna para produzir leite e enfatizávamos os sinais de ingestão nutricional suficiente que demonstravam que a amamentação estava a ser bem-sucedida. Durante a mamada alertávamos para o som da deglutição do RN, por vezes audível, para o movimento da aréola para o interior da boca do RN quando este faz o movimento de sucção e para os movimentos profundos e lentos de deglutição que indicam uma sucção nutritiva e uma deglutição eficaz. Paralelamente, recordávamos ou informávamos que a presença de micções e dejeções frequentes, associada a um peso ponderal adequado e a um bebé satisfeito no final da mamada são sinais que demonstram o sucesso da amamentação (Cardoso, 2014; NICE, 2015a).

O aumento da confiança materna na sua capacidade em amamentar o seu filho e a capacitação do pai e outros familiares significativos no apoio à amamentação são dois fatores essenciais ao seu sucesso. Desta forma, apesar de a amamentação ser entre a mãe e o filho, procurávamos envolver o pai e mostrar que ele pode desempenhar um papel essencial no êxito da mesma. Incentivávamos o pai a apoiar a puérpera no reconhecimento de sinais de fome e saciedade, na adoção de um posicionamento e pega adequados e nos cuidados ao RN não diretamente relacionados com a amamentação.

Conforme referido, aquando do exame físico da puérpera observávamos também a mama e o mamilo em busca de alterações que potencialmente comprometam a amamentação e possam causar dor e/ou indicar infeção. A presença de fissuras ou ingurgitamento mamário eram comuns durante o internamento e normalmente encontravam-se associadas à perceção de dor durante a amamentação, diminuindo a motivação materna para a amamentação.

A fissura (ICN, 2019) é um tipo de ferida caracterizado por uma “fenda ou rasgão do tecido da superfície do corpo”. Dado o seu impacto negativo no conforto da puérpera e na amamentação, incentivávamos a adoção de medidas de prevenção, através de uma pega adequada, da aplicação de colostro após a mamada, devido às suas propriedades cicatrizantes, da exposição frequente dos mamilos ao ar, de uma adequada higiene das mamas e mamilos, da escolha de um soutien apropriado para a amamentação, com adequado suporte das mamas sem as apertar e com alças largas, e da interrupção da mamada, através da colocação de um dedo entre a boca e a mama, antes de retirar o RN da mama, quando necessário fazê-lo. Quando se observava a presença de fissura, reforçávamos os cuidados anteriores e aconselhávamos a aplicação de lanolina diariamente e o uso de analgesia, conforme prescrição (Santos & Baptista, 2016).

O ingurgitamento mamário (ICN, 2019) é caracterizado por dor, edema e tensão das mamas e, normalmente, surge 48 a 72 horas após o parto devido à transição do colostro para o leite.

Durante este período a mama fica cheia e dura, o que pode tornar o mamilo raso e dificultar a pega do RN. A dificuldade em realizar uma pega adequada e o aumento da produção de leite característico deste período contribuem para uma maior dificuldade em esvaziar a mama. A prevenção deste fenómeno realiza-se através de um início precoce da amamentação, da amamentação em livre demanda e da adoção de uma pega adequada. Quando observávamos a presença de ingurgitamento mamário, as nossas intervenções eram assistir a puérpera a aplicar compressas mornas e extrair uma pequena quantidade de leite antes da mamada, de forma a estimular o reflexo de ejeção do leite e facilitar uma pega adequado do RN, e a aplicar gelo após a mamada para diminuir o edema e a dor. Adicionalmente, recomendávamos a amamentação em horário livre e a extração de leite após a mamada até a sensação de mama cheia deixar de existir (NICE, 2015a; Santos & Baptista, 2016). Quando a alta antecedia o período onde é expectável que ocorra o ingurgitamento mamário, reforçávamos as medidas de prevenção e capacitávamos o casal a lidar com esta complicação, através da explicação das intervenções referidas, assegurando que a puérpera é capaz de extrair leite materno manualmente.

A extração de leite materno pode ser efetuada de forma manual ou com recurso a aparelhos adequados, manuais ou elétricos. O recurso a um ou outro tipo de extração não parece influenciar a amamentação, pelo que informávamos acerca dos três e ensinávamos sobre a ou as técnicas que o casal desejasse. Considerando a recomendação da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e que a maioria das puérperas retorna ao trabalho antes dessa data, a extração e conservação do leite materno são uma importante estratégia. Desta forma, informávamos o casal sobre a conservação, transporte e descongelamento do leite materno, bem como da alimentação com biberão (OMS, 2018a). Para completar a informação, fornecíamos um folheto existente no serviço com a finalidade de informar os casais sobre a extração, conservação, transporte e descongelamento do leite materno.

O conhecimento e a capacidade dos pais relativa aos cuidados de higiene e conforto do RN era identificada como uma área de atenção em todos os casais, sendo que as necessidades dos mesmos eram variáveis. Uma vez mais, a preparação para a parentalidade e experiências anteriores constituíram, de uma forma geral, condições facilitadoras do desenvolvimento de competências nesta área. Desta forma, procurávamos compreender o conhecimento, as experiências e as crenças prévias dos pais e adequávamos a nossa intervenção a esse conjunto de informação.

A muda da fralda constitui o primeiro cuidado de higiene prestado ao RN. Recomenda-se a sua realização com frequência de forma a evitar o contacto prolongado da pele com a urina e fezes. A melhor estratégia de prevenção do Eritema pelas fraldas (ICN, 2019) é manter a zona seca e livre de químicos. Assim, aconselhávamos o uso de compressas humedecidas em água morna para higiene da região perineal e o uso de óleo de amêndoas doces para a limpeza de fezes secas e difíceis de remover. O uso de toalhetas descartáveis era desaconselhado, no entanto, quando constituía a preferência dos pais, recomendávamos a

escolha de um produto livre de álcool e fragância, por forma a minimizar a exposição a químicos. De uma forma geral, não recomendávamos o uso de creme barreira em todas as mudas da fralda, ensinando os pais sobre o eritema pela fralda e como o detetar, recomendando o uso de creme barreira apenas na presença de sinais de eritema, como rubor e borbulhas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014; The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020). Adicionalmente, explicávamos a importância de limpar a região perineal no sentido ântero-posterior. No caso dos meninos, informávamos ainda que se recomenda limpar a zona do prepúcio deslocada da glândula, sem fazer retração deste e, no caso das meninas, podia surgir uma coloração alaranjada ou avermelhada, que correspondem a situações fisiológicas relacionadas com a presença de cristais de urato e/ou pseudomenstruação, respetivamente. A presença de cristais de urato também pode acontecer no sexo masculino, pelo que alertávamos para essa situação (Santos & Baptista, 2016).

O banho do RN era uma ocasião propícia à interação e avaliação do RN e dos pais, constituindo um momento de partilha de conhecimentos e experiências, bem como de dúvidas e receios. Por uma questão de gestão do serviço, protocolou-se que o banho do RN seria realizado no turno da tarde, nos dias ímpares de vida do RN, isto é, no dia a seguir ao seu nascimento e posteriormente em dias alternados. Esta orientação tem em consideração a recomendação da OMS (2018b) em adiar o primeiro banho até perfazer 24 horas após o parto e da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) relativa à frequência ótima do banho ser em dias alternados. A escolha do turno da tarde relaciona-se com a possibilidade de incluir e envolver o pai e outros elementos significativos da família, como irmãos mais velhos, neste momento de partilha e criação de laços. Não obstante o protocolo em vigor, sempre que pertinente o horário do banho era adaptado às necessidades da família.

Dado o conjunto de dúvidas relativas a esta temática, normalmente dividíamos a ação em duas componentes. Numa primeira fase conversávamos com os pais, informávamos e esclarecíamos todas as suas dúvidas relativas a:

- Produtos necessários para o banho: banheira da preferência dos pais, colocada numa superfície plana e estável; preferir o banho somente com água no primeiro mês de vida, pelo risco de desenvolver reações alérgicas e destruir a camada de proteção natural da pele; em alternativa, usar syndets (sabão sem sabão) quando os pais desejavam usar produtos de higiene, por serem menos abrasivos para a pele e respeitarem o pH ácido natural da pele do RN; toalha de uso exclusivo pelo RN; peças de roupa adequadas à temperatura ambiente, preferencialmente uma ou duas camadas adicionais aos adultos nessa divisão (Cardoso, 2014; NICE, 2015a; OMS, 2013, 2018b; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014; Widström et al., 2019);
- Tipo, duração, frequência e horário do banho: banho de imersão, por se associar a menor perda de calor, maior contacto físico entre a tríade e não aumentar o risco de infeção, inferior a cinco minutos para diminuir a perda de calor,

preferencialmente em dias alternados ou diário, conforme necessidade, e ao final do dia, quando se observa um efeito calmante no RN, ou durante o dia, quando estimula o RN (Cardoso, 2014; NICE, 2015a; OMS, 2013, 2018b; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014; Widström et al., 2019).

De seguida, iniciávamos os preparativos para o banho. Na maioria das situações, o primeiro banho era realizado por nós de forma a instruímos os pais sobre a sua realização. Quando se tratava de casais com filhos mais velhos que expressavam o desejo de dar o primeiro banho ao seu filho, esse desejo era respeitado, supervisionando os cuidados, de forma a esclarecer dúvidas e/ou orientar para especificidades do banho do RN. Nas restantes situações, sempre que se proporcionava o segundo banho no internamento, o pai ou a mãe eram incentivados a realizá-lo, com a nossa supervisão.

A preparação do material, com a disposição da roupa ordenada e aberta, onde a primeira roupa a vestir se encontrava no topo, a toalha aberta e a fralda junto ao local do banho constituíam a primeira etapa, contribuindo para a diminuição da exposição do RN a perdas de calor. De seguida, preparávamos a água do banho cuja quantidade de água não excedia os 20 centímetros de altura, e incentivávamos os pais a confirmar a sua temperatura com o cotovelo ou parte interna do pulso, ou, em alternativa, com o termómetro que se recomenda indicar uma temperatura entre os 36 °C e os 37°C após uniformizar a água. Nesta altura, após confirmar se a fralda do RN estava suja e, quando tal acontecia, incentivamos os pais a proceder à limpeza da região, de forma a não contaminar a água do banho, encontravam-se reunidas as condições para despir o RN e colocá-lo na banheira. O banho era realizado no sentido cefalocaudal, sendo os genitais a última parte do corpo a ser lavada. Minutos após a colocação do RN na banheira, terminávamos a limpeza de todo o corpo e procedíamos à sua rápida secagem, novamente no sentido cefalocaudal e através de pressão e não fricção. Colocando o RN numa superfície seca, secávamos com cuidado as pregas e a região genital, colocávamos um gorro na cabeça e a fralda, de forma a cuidar os olhos, nariz, pavilhão auricular e coto umbilical num ambiente que minimiza as perdas de calor (Hockenberry & Wilson, 2014; Santos & Baptista, 2016).

Recomenda-se que a limpeza da face seja realizada no início do banho, com água limpa, no entanto, na presença de secreções oculares, recomenda-se a higiene com soro fisiológico, utilizando compressas de uso único para cada olho, num movimento único, do canto interno para o canto externo. Relativamente à limpeza do nariz, instruíamos os pais a lavagem com soro fisiológico, em caso de necessidade. No que concerne a higiene dos ouvidos, informávamos que a cera é uma secreção natural e protetora, pelo que não se recomenda a sua remoção, aconselhando apenas a limpar a parte externa, o pavilhão auricular, com a toalha ou compressa (Santos & Baptista, 2016).

Ainda integrado nos cuidados de higiene, procedíamos à desinfecção do coto umbilical. Esta técnica era realizada com recurso a compressas esterilizadas e álcool a 70%, conforme

protocolo hospitalar, mas contrariando a mais recente evidência científica encontrada. Atualmente recomenda-se o método dry care quando as condições de higiene estão asseguradas, o que se verifica na generalidade das situações. Este método apresenta-se como seguro e eficaz, não aumentando o risco de infeção e diminuindo o tempo de queda do coto quando comparado com a desinfeção recorrendo a solutos como o álcool (OMS, 2013; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014; The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020). Sempre que se identificava défice de conhecimento sobre o coto umbilical e/ou os cuidados ao coto, ensinávamos e/ou instruíamos o casal sobre as características esperadas e o processo de mumificação do coto umbilical, o período em que é espectável que ocorra a sua queda, o material necessário, a técnica e frequência de limpeza, os sinais de infeção e como prevenir a infeção ou onfalite (Santos & Baptista, 2016). Após instrução da técnica, incentivávamos os pais a treiná-la nos dias seguintes, com a nossa supervisão até se sentirem confiantes e autónomos. Por forma a reduzir o risco de contaminação do coto umbilical e promover a sua adequada mumificação, aconselhávamos os pais a manter o coto umbilical fora da fralda e proceder à sua limpeza sempre que urina ou fezes contactassem com o mesmo (Santos & Baptista, 2016; The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020). Normalmente, concluíamos o banho acabando de vestir o RN, penteando-o com uma escova mole e adequada e incentivando a mãe a amamentar o seu filho, apoiando-a sempre que necessário.

Conforme referido, os cuidados de higiene eram momentos privilegiados para avaliação do RN, pelo que esclarecíamos as dúvidas parentais relativas ao desenvolvimento infantil e aos achados normais do RN. Consequentemente, acalmávamos os pais cujo filho apresentava vérnix caseoso, lanugo, mancha mongólica, eritema tóxico, acne miliar e/ou acrocianose, informando que esses achados eram normais, desaparecendo com o tempo (The Royal Children's Hospital Melbourne, 2020). Aproveitávamos ainda para enaltecer as competências do RN, referindo as capacidades dos órgãos dos sentidos e demonstrando os reflexos primitivos, como o reflexo de busca, sucção, preensão, marcha, moro e babinski (Santos & Baptista, 2016).

Ainda enquadrado no papel parental identificávamos a necessidade de lidar com o choro do RN que, segundo Cardoso (2014), se refere aos conhecimentos e habilidades necessários para interpretar e lidar com o choro da criança. Ao identificarmos este foco de atenção, avaliávamos e intervínhamos no conhecimento e/ou habilidade dos pais para conhecer o padrão esperado e tipos de choro, identificar e aplicar estratégias de consolo adequadas ao tipo de choro e conseguir distinguir as cólicas (dor abdominal) da síndrome de cólicas ou PURPLE (quadro de choro excessivo) (Cardoso, 2014; Cardoso & Néné, 2016). Adicionalmente, explicávamos aos pais que a identificação do tipo de choro é um processo que requer tempo e habituação, pelo que recomendávamos que, numa fase inicial, excluíssem as causas mais comuns de desconforto, tais como, fralda suja, temperatura e/ou roupa não adequadas, fome ou cólicas. Quando a resolução das causas mais comuns não

solucionava o problema, recomendávamos o recurso à técnica dos 5 S's de Harvey Karp como estratégia para acalmar e relaxar o RN (Karp, 2003).

A promoção da segurança do RN era uma preocupação parental recorrente e transversal a todos os cuidados. Desta forma, consoante as necessidades encontradas, informávamos sobre a prevenção de queimaduras, quedas, asfixia/sufocação, síndrome de morte súbita e acidentes rodoviários. De forma a concretizar essas informações, ensinávamos sobre a correta forma de segurar e manipular um RN, o transporte do RN no carrinho de bebé e automóvel, os critérios de escolha dos brinquedos adequados à idade e os cuidados a ter na presença de animais domésticos (Cardoso, 2014; Cardoso & Néné, 2016). Relativamente à prevenção de acidentes rodoviários, instruíamos e treinávamos os pais na colocação correta do RN no sistema de retenção adequado. Aquando da alta, todos os RNs saíam do hospital no interior do sistema de retenção escolhido pelos pais, que tinha de estar adequado ao seu peso e homologado pelas diretrizes nacionais, e após verificação do correto posicionamento e ajuste dos cintos (Automóvel Clube de Portugal, Cybex, & Prevenção Rodoviária Portuguesa, 2014; DGS, 2013).

Antes de a tríade ter alta hospitalar, os pais dos RNs com peso igual ou superior a 2000g eram questionados relativamente ao seu desejo de vacinar ou não o seu filho. O Plano Nacional de Vacinação português recomenda a administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B durante o internamento na maternidade, aquando do nascimento. Relativamente à vacina contra a tuberculose, a sua administração a todos os RNs deixou de integrar o plano nacional de vacinação em 2016, sendo administrada somente a RN pertencentes a grupos de risco. Durante este módulo, todos os pais consentiram a administração da vacina contra a hepatite B e nenhum RN se enquadrava no grupo de risco para administração da vacina contra a tuberculose. Desta forma, após prescrição da vacina pela equipa médica, administrávamos a vacina na coxa direita do RN. Ainda antes da administração assegurávamos que os pais sabiam os potenciais efeitos adversos e os cuidados a ter (DGS, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; Santos & Baptista, 2016).

Adicionalmente, entre as 24 e as 72 horas de vida do RN realizávamos o rastreio das cardiopatias congénitas através da oximetria de pulso. Relativamente ao diagnóstico precoce de doenças hereditárias do metabolismo e do hipotireoidismo congénito, o período para a sua realização encontra-se compreendido entre o terceiro e o sexto dias de vida do RN (Hockenberry & Wilson, 2014; NICE, 2015a; OMS, 2013; Santos & Baptista, 2016). Sempre que a alta acontecia nesse intervalo de tempo, realizávamos o rastreio no serviço. Quando a alta antecedia as 72 horas de vida do RN, os pais eram aconselhados a efetuar marcação e dirigir-se à sua unidade de saúde familiar para realizar o diagnóstico. Todas as dúvidas relativas à forma como se realizava o teste, as patologias que rastreia, a importância da sua deteção precoce e como são notificados do resultado eram esclarecidas antes da realização do teste ou antes da alta. Independentemente da realização do diagnóstico precoce no internamento ou não, todos os pais eram aconselhados a contactar a sua unidade de saúde

familiar aquando da alta, de forma a assegurarem a continuidade de cuidados na comunidade, relativa à saúde da puérpera e do RN.

Perto da alta, informávamos a puérpera sobre a consulta do puerpério que seria realizada pela sexta semana após o parto no hospital, quando a gravidez foi seguida na instituição, ou na unidade de saúde familiar nas restantes situações. Em momento propício ao diálogo, discutíamos com o casal os métodos contraceptivos recomendados neste período e estratégias e cuidados a adotar para uma prática sexual segura (DGS, 2015b; Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Durante este módulo cuidados de diversas famílias inseridas em diferentes contextos socioculturais. O desafio de cuidar de famílias provenientes de uma cultura diferente, com costumes próprios contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional. Apesar da base cultural ser diferente, podermos até falar um idioma distinto, o amor e a preocupação com os cuidados ao RN era evidente em todas as situações, o que nos motivava a investir ainda mais na comunicação com o casal.

Outro acontecimento que nos motivava a ajudar, orientar e instruir estava relacionado com a amamentação. Durante a avaliação da mamada, identificávamos, em algumas famílias, uma necessidade premente de acompanhamento e aconselhamento, pelo que organizávamos as nossas atividades ao longo do turno de trabalho de forma a disponibilizarmos o tempo necessário, para ajudar essa família. No turno seguinte, quando observávamos a mesma tríade e percebíamos a evolução de todos os intervenientes compreendíamos que todos os minutos investidos na amamentação são ganhos em saúde. A troca de olhares, a postura confiante, o RN calmo são imagens que resultaram de um investimento claro na amamentação e que conduziram a uma família mais feliz e segura de si.

Contribuir para a construção de uma família feliz, que se sentisse competente nos cuidados ao seu filho era um dos propósitos deste estágio. Sabemos que o casal iniciou agora uma nova etapa da sua vida, a transição para a parentalidade, que está longe de ser concluída. Porém, no culminar deste estágio, pela forma como os pais se despediam de nós, no regresso a casa, ficamos com a sensação de que transmitiam gratidão e satisfação. Esta perceção e postura dos pais legitimou cada minuto da nossa entrega pessoal e profissional, a cada pai, a cada mãe, a cada RN e a cada família que cuidamos.

Em suma, diríamos que temos a certeza que as nossas ações e intervenções eram profícuas para ajudar a ultrapassar barreiras, a dissipar medos e a promover a autoconfiança desses casais. Acreditamos que, dessa forma, contribuímos para poderem vivenciar uma parentalidade mais tranquila, com menos sobressaltos, e mais confiantes para que, caso fosse necessário, pudessem pedir a ajuda certa no momento certo das suas dificuldades. Tal significa que o nosso esforço e empenho teve um reflexo eficaz nos casais, que era compensado e reconhecido. Pois, face a esta realidade estamos conscientes que, tal como

está expresso no título do capítulo para este estágio, atingimos os objetivos e temos a certeza de muito termos contribuído para a aquisição das competências parentais.

CONCLUSÃO

O término deste relatório marca o final de dois anos de aprendizagem diária, rumo ao desenvolvimento pessoal e profissional. Em retrospectiva, um período que parecia sem fim à vista, mas já é lembrado com carinho e saudade, agora que a meta está tão próxima. Este momento marca a concretização de um sonho que se começou a formar durante o curso de licenciatura em enfermagem e se enraizou em Inglaterra, pela experiência em cuidar puérperas de alto risco acompanhadas do seu RN.

Vemos agora concretizado o sonho tornar -se realidade. Pois fazendo uma análise reflexiva, em retrospectiva, podemos afirmar que os objetivos a que nos propusemos no início do relatório foram cumpridos e que atingimos as competências exigidas pelo regulamento de competências específicas do EESMO, definido pela Ordem dos Enfermeiros e publicado em diário da república (Portugal, 2011).

A aquisição de competências decorreu ao longo de três módulos em que cuidamos a mulher, casal, RN e família, em diferentes etapas da sua transição para a parentalidade. A nossa prática procurou sempre compreender a cultura e o contexto de cada família, avaliando as suas necessidades reais e percebidas e, em conjunto, procurávamos sempre elaborar um plano de cuidados individualizado, adaptado à sua cultura. Pois, aliadas às competências técnico-científicas atingidas, não descuramos as competências culturais que aperfeiçoamos e desenvolvemos sob o desígnio dos princípios filosóficos do cuidado cultural, em que tivemos em conta o princípio do respeito pela singularidade da mulher e casal como pessoas e o reconhecimento das suas diferenças. Também o recurso à teoria de Afaf Meleis para reestruturar a nossa conceção de cuidados foi uma mais-valia para compreender e ajudar a mulher e/ou o casal. Na transição desenvolvimental, a que por vezes se associava uma transição saúde doença ou situacional, por vezes gerava-se sentimentos de angústia e sofrimento, mas também de alegria pela chegada de um novo ser. Desta forma, acrescia a necessidade de adaptação saudável a uma situação nunca vivenciada de responsabilidade pelo novo estatuto que adquiriram ao tornarem-se mãe e ao tornarem-se pai.

Durante o módulo de estágio da gravidez com complicações procuramos apoiar os casais que, além da transição para a parentalidade, vivenciavam uma transição saúde-doença que comprometia e colocava em risco todo o projeto de parentalidade. Desta forma, a gestão de emoções e a promoção da esperança era o nosso principal foco, aliado à deteção precoce de complicações, à prevenção e ao tratamento, quando possível, da patologia.

O módulo de estágio mais desafiante e, ao mesmo tempo, também o mais gratificante de todos foi do TP e parto. Tivemos a oportunidade de testemunhar o amor dos pais pelo seu

filho, através do seu olhar. Apoiar o casal, advogar pelas suas preferências e potenciar uma boa adaptação do RN à vida extra uterina, foram algumas das intervenções principais que realizamos e que promoveram uma experiência de parto positiva. Neste módulo, problematizamos, ainda, a decisão relativa à posição da parturiente no momento do parto e compreendemos que esta é influenciada por diversos fatores. O EESMO é a principal fonte de informação da parturiente e afeta a sua tomada de decisão. Por sua vez, as características e preferências da parturiente moldam a tomada de decisão do EESMO. Em suma, concluímos que a tomada de decisão partilhada influencia positivamente a experiência de parto, pelo que importa capacitar e sensibilizar a mulher e o EESMO sobre os resultados que emergiram do estudo desta temática.

No módulo Autocuidado e preparação para a parentalidade, tivemos o prazer de acompanhar a evolução da tríade no período do puerpério. A capacitação da autonomia da puérpera no seu autocuidado e a dos pais nos cuidados ao RN era trabalhada desde a admissão, até ao regresso a casa. O nosso esforço e o seu reconhecimento demonstrado pelos pais permitiu-nos observar verdadeiros ganhos em saúde.

Relativamente ao campo de estágio, gostaríamos de referir que nos proporcionou todas as experiências possíveis e que a recetividade de toda a equipa, no acolhimento e na partilha de saberes e experiências enriquecedoras, constituíram o garante da qualidade dos cuidados que prestamos e das atividades que desenvolvemos para que as competências exigidas se tornassem hoje um objetivo concretizado. Obviamente, é de realçar o apoio, o estímulo, a disponibilidade e a competência para orientar das EESMO que nos acompanharam no saber e no saber-fazer, deste percurso. Pois sem a sua dedicação esta caminhada não chegaria tão facilmente à meta.

Dada a complexidade de experiências e sentimentos que vivenciamos durante o estágio de natureza profissional, torna-se impossível traduzi-las na totalidade em palavras. Este percurso formativo foi tão rico, que seria necessário múltiplas vezes o número de páginas deste relatório para expressar todas as experiências vivenciadas. Pontos altos com emoções positivas, por vezes acompanhadas por lágrimas de alegria foram uma constante. Também surgiram alguns momentos em que fomos invadidas pelas emoções e sentimentos de tristeza, obviamente, menos positivas. Contudo, predominou a determinação e a resiliência e agora podemos dizer com satisfação, conseguimos vencer. Outros constrangimentos que podemos aduzir como limitações ao longo deste percurso foi o facto de ser trabalhadora e estudante e ter que conciliar o horário de estágio com o horário laboral, que nem sempre foi fácil. Por tudo isto diríamos que apesar de difícil foi uma experiência muito marcante, pela positiva, pois aprendemos a gerir as dificuldades e a ultrapassar obstáculos, com maior maturidade.

Terminamos este relatório de estágio com uma palavra de apreço e gratidão a todos os que nos ajudaram a prosseguir. Mas, também, com a certeza que o nosso percurso na área da Saúde Materna e Obstétrica acabou de começar e que o caminho trilhado até aqui é um contributo essencial e o melhor ponto de partida possível. Levamos na bagagem saberes,

experiências e vivências que vão moldar e determinar o nosso comportamento, de forma a sermos capazes de refletir para agir e recontextualizar os saberes mais adequados a cada situação da singularidade humana. Neste processo de parentalidade, que tem tanto de complexo e de desafiante como de gratificante, experienciamos o que foi e será a missão de *ajudar a nascer!*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of Preterm Labor - Practice Bulletin. *Obstetrics & Gynecology*, 171(4), e155-e164. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001711>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Prelabor Rupture of Membranes - Practice Bulletin. *Obstetrics & Gynecology*, 188(1), e1-e14. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002455>

Amorim-Costa, C., Costa-Santos, C., Ayres-de-Campos, D., & Bernardes, J. (2016). Longitudinal evaluation of computerized cardiotocographic parameters throughout pregnancy in normal fetuses: a prospective cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(10), 1143-1152. <https://doi.org/10.1111/aogs.12932>

Amorim-Costa, C., Gaio, A. R., Ayres-De-Campos, D., & Bernardes, J. (2017). Longitudinal changes of cardiotocographic parameters throughout pregnancy: A prospective cohort study comparing small-for-gestational-age and normal fetuses from 24 to 40 weeks. *Journal of Perinatal Medicine*, 45(4), 493-501. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0065>

Automóvel Clube de Portugal, Cybex, & Prevenção Rodoviária Portuguesa. (2014). A segurança responsável: No sentido contrário à marcha. Obtido de https://www.acp.pt/ResourcesUser/files/OClube/Clube/Notícias/Estudo_A_Seguranca_Responsavel_2014.pdf

Ayres-De-Campos, D., Spong, C., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Barber, C., & Starkey, N. (2015). Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery*, 31(9), 888-896. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.017>

Bendix, J., Hegaard, H., Bergholt, T., & Langhoff-Roos, J. (2015). Recommendations of activity restriction in high-risk pregnancy scenarios: A Danish national survey. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(4), 429-438. <https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0347>

Bohren, M., Berger, B., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>

Brown, M., Magee, L., Kenny, L., Karumanchi, S., McCarthy, F., Saito, S., ... Ishaku, S. (2018). Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice. *Hypertension*, 72(1), 24-43. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803>

Butalia, S., Audibert, F., Côté, A., Firoz, T., Logan, A., Magee, L., ... Nerenberg, K. (2018). Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the management of hypertension in pregnancy. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(5), 526-531. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.02.021>

Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J., & Simas, T. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 644-649. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2014.07.011>

Cardoso, A. (2014). Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais: Estudo sobre a avaliação das competências parentais. ISBN:9783639744002. Porto:Novas Edições Académicas.

Cardoso, A., & Néné, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 481-484). Lidel- Edições Técnicas.

Chuang, C., Chen, P., Lee, C., Chen, C., Tu, Y., & Wu, S. (2018). Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1(11), 1-12. <https://doi.org/10.1111/jan.13871>

Cicek, S., & Basar, F. (2017). The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.10.006>

Cinar, I., & Oztürk, A. (2013). The effect of planned baby care education given to primiparous mothers on maternal attachment and self-confidence levels. *Health care for women international*, 35. <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.842240>

Coelho, K., Rocha, I., & Lima, A. (2017). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Recien Revista Científica de Enfermagem*, 7(21), 14-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.22.14-21>

Cunha, M., Ferreira, M., Aparício, G., Bica, I., & Estudantes 26oCLE, ESSV. (2016). Parto no domicílio em Portugal: das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais. 56(1), 55-66. Obtido de [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3657/4/Parto no domicílio em Portugal das vivências das décadas de 40 a 60 do século XX às recomendações atuais.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3657/4/Parto%20no%20domicilio%20em%20Portugal%20das%20vivencias%20das%20decadas%20de%2040%20a%2060%20do%20seculo%20XX%20as%20recomendacoes%20atuais.pdf)

Díaz, L., Quiñones, P., Vargas, D., Cópola, F. (2014). Recién nacidos pequeños para la edad gestacional: sensibilidad del diagnóstico y su resultado. *Horizonte Médico*, 14(2), 6-10.

Direção Geral de Saúde. (2003). Circular Normativa - A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. No. 09/DGCG, 1. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2005). Programa Saúde Mental. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2011). Relatório de Consenso Diabetes e Gravidez. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015a). Indução do Trabalho de Parto - Orientação. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015b). Programa para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2015c). Trabalho de Parto Estacionário- Orientação. Lisboa:DGS.

Direção Geral de Saúde. (2017). Programa nacional de vacinação 2017. Lisboa:DGS.

Druzin, M., Shields, L., & Peterson, N. (2013). A california toolkit to transform maternity care: improving health care response to preeclampsia : a california quality improvement toolkit. California Department of Public Health.

Fátia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel- Edições Técnicas.

Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. (2016). The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension. Em L. A. Magee, P. Von Dadelszen, W. Stones, & M. Mathai (Eds.), *The Global Library of Women's Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2010.03.005>

Ferreira, A. (2016). Fisiologia do puerpério. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lidel- Edições Técnicas.

Ferreira, S. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 416-424). Lidel- Edições Técnicas.

Fonseca, S. (2016). Métodos de indução do trabalho de parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356-367). Lidel- Edições Técnicas.

Francisco, A., Oliveira, S., Leventhal, L., & Bosco, C. (2013). Crioterapia no pós-parto: Tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(3), 555-561. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300005>

Freitas, M., & Baptista, M. (2016). Avaliação e estabilização do recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 487-491). Lidel- Edições Técnicas.

Green, T. (2015). Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: A review of the literature. *Evidence Based Midwifery*, 13(4), 132-137.

Grivell R., Alfirevic Z., Gyte G., Devane D. (2015). Antenatal cardiotocography for fetal assessment (Review). *Cochrane database of systematic reviews*, (9. Art. No.: CD007863). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007863.pub4>. www.cochranelibrary.com

Guerra, A. (2016). Analgesia e anestesia em obstetrícia. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 425-431). Lidel- Edições Técnicas.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Ltd.

International Council of Nurses. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Em *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Irani, M., Khadivzadeh, T., Nekah, S., Ebrahimipour, H., & Tara, F. (2019). Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: A qualitative study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(1), 22-31.

Janighorban, M., Heidari, Z., & Dadkhah, A. (2018). Women ' s Needs on Bed Rest during High-risk pregnancy and Postpartum Period : A Qualitative Study. *Midwifery and Reproductive Health*, 2(1), 1-9. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.28162.1304>

Jazayeri, A. (2018). Premature Rupture of Membranes. Obtido de Obstetrics & Gynecology website: <https://emedicine.medscape.com/article/261137-overview#a1>

Joanna Briggs Institute (2013). New JBI Levels of Evidence. New JBI Levels of Evidence, (October), 3-8. Obtido de http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf

Joanna Briggs Institute. (2014). Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. The Joanna Briggs Institute, (January), 1-18. Obtido de <http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/Levels-of-Evidence-SupportingDocuments-v2.pdf>

Karp, H. (2003). *The Happiest Baby on the Block* (1a). New York:Bantam.

Lafarge, C., Mitchell, K., Breeze, A., & Fox, P. (2017). Pregnancy termination for fetal abnormality: Are health professionals' perceptions of women's coping congruent with women's accounts? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1238-3>

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 443-454). Lidel- Edições Técnicas.

Lewis, D., & Downe, S.(2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

Lunda, P., Minnie, C. S., & Benadé, P. (2018). Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>

Magro, C., Guerreiro, E., & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de Parto Pré-termo e Parto Pré-termo. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211-215). Lidel- Edições Técnicas.

Marques, J., Firmino, C., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. (1), 31-39.

Megregian, M., & Nieuwenhuijze, M. (2018). Choosing to decline: finding common ground through the perspective of shared decision making. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 63(3), 340-346. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12747>

Meleis, A. (2010). Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Obtido de https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>

National Institute of Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies (CG190). London: NICE.

National Institute of Health and Care Excellence. (2015a). Postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE Guidelines, (February), 1-63. London: NICE. Obtido de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/1-Recommendations#maintaining-infant-health>

National Institute of Health and Care Excellence. (2015b). Preterm labour and birth (NG25). National Institute for Health and Care Excellence. London: NICE.

Nieuwenhuijze, M., Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L., & Lagro-Janssen, T. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>

Nieuwenhuijze, M., Low, L., Korstjens, I., & Lagro-Janssen, T. (2014). The role of maternity care providers in promoting shared decision making regarding birthing positions during the second stage of labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59(3), 277-285. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12187>

O'Neill, E., & Thorp, J. (2012). Antepartum evaluation of the fetus and fetal well being. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 55(3), 722-730. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318253b318>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Documento de Consenso «Pelo direito ao parto normal - Uma visão partilhada» (p. 27). p. 27. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: OE. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras (S. Goody, Ed.). Lisboa: OE. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1981). Código internacional de marketing de substitutos do leite materno (DGS, Ed.). Genebra: OMS. Obtido de https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/infeccoes-de-transmissao-sexual/a5-codigo-versao-final_26-05-09-pdf.aspx

Organização Mundial de Saúde. (2013). Postnatal care of the mother and newborn 2013. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2014a). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: OMS. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12

Organização Mundial de Saúde. (2014b). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. Genebra: OMS. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf?ua=1

Organização Mundial de Saúde. (2014c). WHO recommendations for augmentation of labour. Genebra: OMS. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf;jsessionid=17F0BA9E53CB6625D06D7A0A0F1D022A?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2015a). As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto. Department of Reproductive Health and Research. Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health, 1-5. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015b). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice (3rd Ed). Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2015c). WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genebra: OMS. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_report_eng.pdf;jsessionid=9DD5F9B71956D22E121954B70E03F82A?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2016). Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: Evidence-to-action brief. Publications of the World Health Organization, (4). Genebra: OMS. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250274/WHO-RHR-16.10-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2017). Recommendations on newborn health. 1-28. Genebra: OMS. Obtido de

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng

Organização Mundial de Saúde. (2018a). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Genebra: OMS. Obtido de <https://www.unicef.org/nutrition/files/Baby-friendly-Hospital-Initiative-implementation-2018.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2018b). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: OMS. Obtido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Organização Mundial de Saúde. (2018c). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Genebra: OMS. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>

Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2009). Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes.

Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors (2nd ed.). Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=D7206342C29C65DD4F5898EDB7F458C1?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde, & Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2020). Ten steps to successful breastfeeding. Obtido 21 de Abril de 2020, de <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>

Pedro, L., & Oliveira, S. (2016a). A dor no trabalho de parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 411-412). Lidel- Edições Técnicas.

Pedro, L., & Oliveira, S. (2016b). Funções da dor no trabalho de parto. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 413-415). Lidel- Edições Técnicas.

Peesay, M. (2017). Nuchal cord and its implications. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3, 28. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0068-7>

Portugal. (2007). Lei n.º 16/2007 da Assembleia da República. Lisboa.

Portugal. (2011). Regulamento n.º 127/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. , Pub. L. No. 2ª série, 8662. Lisboa.

Portugal. (2014). Lei n.º 15/2014 da Assembleia da República. , Pub. L. No. Secção II, art no 16, 17 e 18, 2129. Lisboa.

Portugal. (2019). Lei n.º 110/2019 da Assembleia da República. , Pub. L. No. Artigo 15º D e E, 98. Lisboa.

Prata, A. (2015). Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. (Tese de Doutoramento) Porto, Universidade Católica Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/20727>

Preyer, O., Husslein, H., Concin, N., Ridder, A., Musielak, M., Pfeifer, C., ... Husslein, P. (2019). Fetal weight estimation at term - Ultrasound versus clinical examination with Leopold's manoeuvres: A prospective blinded observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2251-5>

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>

Qumer, S., & Ghosh, D. (2019). Effectiveness of patterned breathing technique on pain during first stage of labour-a narrative review. *International Journal of Nursing Education*, 11(3), 60-62. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2019.00065.5>

Sabuncuoglu, O., & Basgul, A. (2016). Pregnancy health problems and low birth weight associated with maternal insecure attachment style. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 934-943. <https://doi.org/10.1177/1359105314542819>

Santos, M., & Baptista, M. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. Em M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel- Edições Técnicas.

Schneider, K., Beckmann, M., German Society of Gynecology, German Society of Prenatal Medicine, & German Society of Perinatal Medicine. (2014). S1-guideline on the use of CTG during pregnancy and labor. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 74(8), 721-732. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382874>

Sentilhes, L., Sénat, M.-V., Ancel, P.-Y., Azria, E., Benoist, G., Blanc, J., ... Langer, B. (2017). Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics*

and Gynecology and Reproductive Biology, 210, 217-224.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.035>

Sereno, S., Correia, M., Rodrigues, S., Salgado, A., Pereira, J., & Casquilho, F. (2012). Impacto psicológico no puerpério: Ajustamento emocional, satisfação com o parto e confiança nos cuidados maternos. Em M. de J. Correia (Ed.), *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade*. (1a, pp. 71-79).

Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights. Pediatrics*, 10, 67-83.
<https://doi.org/10.4137/CMPed.S40070>

Siddall, J. (2015). Postpartum infection guideline (GL893). Royal Berkshire NHS Foundation Trust, 1-8.

Silva, L., Leão, D., Cruz, A., Alves, V., Rodrigues, D., & Pinto, C. (2016). Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10, 3531-3536.
<https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604>

Silva, M. (2019). Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto (Dissertação de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/27968>

Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. (2014). Integrative review: concepts and methods used in nursing descriptors Integrative review: concepts and methods used in nursing critical review. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 329-339.
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013a). Consenso Clínico: Hipoglicemia neonatal. 1-10. Lisboa: SPN. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-hiperglicemia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013b). Consenso Clínico: Icterícia Neonatal. Lisboa: SPN. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). Consenso Clínico: Cuidados cutâneos no Recém - Nascido. 1-8. Lisboa: SPN. Obtido de https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17(26), 166-175.

The Royal Children's Hospital Melbourne. (2020). Clinical guidelines (Nursing): Neonatal & infant skin care. Obtido 3 de Julho de 2020, de Clinical guidelines (Nursing) website: https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Neonatal___infant_skin_care/

Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K., & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and Birth*, 26(4), e99-e104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004>

Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

Wong, C., He, H., Shorey, S., & Koh, S. (2017). An integrative literature review on midwives' perceptions on the facilitators and barriers of physiological birth. *International Journal of Nursing Practice*, 23(6), 1-15. <https://doi.org/10.1111/ijn.12602>

Zbeidy, R., & Souki, F. (2017). One long umbilical cord, four nuchal cord loops and a true knot. *BMJ Case Reports*, 2017, bcr-2017-223241. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223241>

Zileni, B., Glover, P., Jones, M., Teoh, K., Zileni, C., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30(1), e1-e8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003>